



TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN FORENSE DE LA ENFERMEDAD
MENTAL EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL:
SIMULACIÓN Y REALIDAD**

SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS
ORGANIZACIONES, JURÍDICO-FORENSE Y DEL CONSUMIDOR Y USUARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Santiago de Compostela
2016**





TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN FORENSE DE LA ENFERMEDAD
MENTAL EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL:
SIMULACIÓN Y REALIDAD**

Fdo.

SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS
ORGANIZACIONES, JURÍDICO-FORENSE Y DEL CONSUMIDOR Y USUARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Santiago de Compostela, 2016



AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS

D. Ramón Arce Fernández, Catedrático de Psicología Jurídica y Forense, Departamento de Psicología Organizacional, Jurídico-Forense y Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Dña. Dolores Seijo Martínez, Profesora Titular de Psicología del Trabajo, Departamento de Psicología Organizacional, Jurídico-Forense y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, como directores de la Tesis Doctoral titulada:

«EVALUACIÓN FORENSE DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL: SIMULACIÓN Y REALIDAD»

Presentada por Dña. Susana Blanco Fernández, alumna del Programa de Doctorado de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, Jurídico-Forense y del Consumidor y Usuario,

Autorizan la presentación de la tesis indicada, considerando que reúne los requisitos exigidos en el artículo 34 del reglamento de Estudios de Doctorado, y que como Directores de la misma no incurrir en las causas de abstención establecidos en la Ley 30/1992.

Fdo. Prof. Dr. Ramón Arce Fernández

Fdo. Prof. Dra. María Dolores Seijo Martínez



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mis directores de tesis su ayuda, supervisión y orientación a lo largo de estos años. Y visto ahora, con la perspectiva de todo este camino recorrido, también por el tema propuesto, porque creo que ningún otro hubiera armonizado, se hubiera acomodado y ajustado tan bien a mí como el elegido. Porque me ha permitido afirmar lo que pensaba y pienso sobre ciertos temas. Así que, a Ramón Arce, por todo lo que me ha enseñado de metodología, por los múltiples cálculos imposibles que al final fructificaron en resultados interesantes; y, cómo no, por las discusiones sobre semántica que ya todo el mundo conoce. A Dolores Seijo por el establecimiento de las líneas generales del estudio y por lograr el necesario orden en la estructura a través de sus índices. También agradecer a Mercedes Novo y a Francisca Fariña.

A mis padres por estar siempre ahí, por su cariño y compañía (a pesar de decirme que estoy escribiendo sobre lo mismo una y otra vez, ¡siempre la incapacidad temporal!).

A mis amigos y amigas y a todos las personas que accedieron a ser torturados con el MMPI ya que, sin su colaboración, esta tesis no habría podido ver la luz. Especial mención requieren aquellos y aquellas que, además de someterse a las 567 preguntas, me socorrieron en la tarea de corregir y re-correr los cuestionarios. También a Rita, que me ayudó en los inicios a recoger toda la información para comenzar en un campo desconocido para mí.

A mis compañeras de la Unidad de Psicología Forense, por su paciencia, ánimos y consejos a lo largo de todo el proceso de elaboración del proyecto. Por ofrecerse a revisar los borradores de los capítulos y ayudarme a encontrar las palabras exactas para cada ocasión, aunque con estilos bien diferentes: a las que les gusta la *Comic sans* y a las que no, a las que son aficionadas a los latinismos, a *fortiori*, si las frases necesitan una especial atención, y a las que no les gusta que **acaezcan** cosas a su alrededor.

Y finalmente, a mi 0.5, por hacer que todos y cada uno de los impedimentos, contratiempos y múltiples cambios de sentido de la tesis se convirtieran en oportunidades. Por tener la capacidad de transmitir tranquilidad ante los momentos difíciles y conseguir que todo fuera fácil, gracias.



RESUMEN

La simulación de una incapacidad temporal (IT) por causas psicológicas, con el objetivo de obtener una prestación económica y no acudir al lugar de trabajo, es un problema grave que afecta muy negativamente a la sociedad en su conjunto (i. e. elevado gasto público, masificación en consultas de atención primaria, desmotivación de plantilla que no tiene cultura absentista, disminución de productividad y calidad en las empresas). Por ello, adquiere especial relevancia garantizar que los datos recabados de la evaluación para emitir una baja laboral sean fiables y válidos, ya que nos encontramos ante un contexto susceptible de engaño. En consecuencia, debemos llevar a cabo la valoración a través de un sistema multimétodo teniendo presente la hipótesis de simulación. En este sentido, nos hemos propuesto realizar un estudio mediante la manipulación de las instrucciones de cumplimentación del MMPI-2 y el MMPI-2-RF (respuestas honestas vs. simuladas), que es uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito forense y cuenta con robustas escalas de detección del engaño. Es decir, le requerimos a un grupo de 150 sujetos legos en psicopatología que simulasen una IT derivada de un trastorno mental. Los diversos análisis ponen de manifiesto que los participantes disponen de la capacidad para simular, y además, puntúan de modo más elevado en escalas que ellos consideran que pudieran ser origen de incapacidad. No obstante, un gran porcentaje de los perfiles advierten de puntuaciones indiscriminadas (características de simulación). En lo que respecta a las escalas de validez de la prueba psicométrica empleada, se concluye que ambos modelos presentan unas cualidades óptimas para la ardua tarea de detección del engaño ante el intento de obtención de subsidios de manera espuria. Finalmente, se hallaron importantes diferencias de género, apreciándose que hombres y mujeres no simulan aleatoriamente, sino que exageran y reconocen situaciones y síntomas de su cotidianidad o que tienden a sufrir en mayor proporción. Esto es, las mujeres fingen patologías internalizantes (v. gr. ansiedad, depresión, somatización); en tanto que los varones simulan trastornos externalizantes (v. gr. conducta antisocial, hostilidad, consumo de sustancias, falta de control de impulsos).

Palabras clave: incapacidad temporal, trastornos mentales, simulación, género, MMPI-2, MMPI-2-RF.

RESUMO

A simulación dunha incapacidade temporal (IT) por causas psicolóxicas, co obxectivo de obter unha prestación económica e non acudir ó lugar de traballo, é un grave problema que afecta moi negativamente á sociedade no seu conxunto (v. gr. elevado gasto público, masificación en atención primaria, desmotivación do persoal laboral que non ten cultura absentista, diminución da produtividade e da calidade nas empresas). En consecuencia, adquire especial relevancia garantir que os datos obtidos da avaliación para a emisión de unha baixa laboral sexan fiables e válidos, xa que nos atopamos nun contexto susceptible de engano. Asemade, debemos levar a cabo a valoración a través dun sistema multimétodo, partindo da hipótese de simulación. Neste senso, propuxémonos levar a cabo un estudo mediante a manipulación das instrucións de cumprimentación do MMPI-2 e do MMPI-2-RF (respostas honestas vs. simuladas), que é un dos instrumentos mais utilizados no ámbito forense e conta con robustas escalas de detección do engano. Para elo, solicitóuselle a un grupo de 150 suxeitos sen coñecemento en psicopatoloxía que simulasen unha IT derivada dun trastorno mental. As diversas análises poñen de manifesto que os participantes dispoñen da capacidade para simular, e ademais, puntúan de modo mais destacado nas escalas que consideran que puideran ser orixe dunha baixa. Non obstante, unha gran porcentaxe de perfís advirten de puntuacións indiscriminadas (características dos simuladores). No tocante ás escalas de validez da proba psicométrica empregada, conclúese que ambos modelos presentan unhas calidades óptimas ante a difícil tarefa da detección do engano ante o intento de obtención de subsidios de maneira espuria. Finalmente, atopamos importantes diferenzas de xénero, revelándose que homes e mulleres non simulan aleatoriamente, senón que esaxeran e recoñecen situacións e síntomas do seu día a día, ou que tenden a sufrir en maior proporción. Isto é, as mulleres finxen patoloxías internalizantes (v. gr. ansiedade, depresión, somatización); en tanto que os varóns simulan trastornos externalizantes (v. gr. conduta antisocial, hostilidade, consumo de sustancias, falta de control de impulsos).

Palabras chave: incapacidade temporal, trastornos mentais, simulación, xénero, MMPI-2 e MMPI-2-RF.

ABSTRACT

Malingering a temporary disability (TD) based on psychological issues in order to obtain an economic benefit or to avoid attending to the workplace constitutes a grave problem that entails deleterious effects for the entire society (v. gr. significant public expenditure, overcrowded primary care services, lack of employee's motivation, decrease of productivity and quality, etc.). Therefore, it is necessary that the data collected in the psychological assessment of the time off sick are reliable and valid, since this is a context where malingering is highly feasible. Hence, assessment must be conducted from a multi-method approach always facing the possibility of deception and taking into account a suitable analysis of the discriminant validity of the aftermaths in order to reach accurate differential diagnosis. For this aim, this work analyses malingering by the study of simulation throughout the manipulation of instructions when administering the instruments MMPI-2 and MMPI-2-RF, in a context of honest vs. malingered responses. The aforementioned instruments have been proved valid, being the most frequently used in forensic settings due to its scales for malingering detection. The sample was composed by 150 participants with no formal knowledge of psychopathology who were asked to feign a temporary disability induced by a mental disorder. Results revealed that participants have the capacity of malingering. Moreover, they obtain higher scores in those scales they consider related to the TD as a consequence of a mental disorder. Nevertheless, a significant number of participants obtained indiscriminate scores. In regards to the validity scales of the utilized instrument, it can be concluded that both models present optimum qualities in the detection of malingering. Finally, gender differences were found. Thus, males and females do not feign randomly. Instead, they recognise and exaggerate quotidian symptoms they suffer to a greater extent. Consequently, women feign internalizing pathologies such as anxiety, depression, and somatization; whereas men malingering externalizing disorders like antisocial behaviour, hostility, substance abuse, and scarce impulse control.

Key words: temporary disability, mental disorders, malingering, gender, MMPI-2, MMPI-2-RF



ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	17
I. INTRODUCCIÓN	21
II. MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO 1. LA INCAPACIDAD TEMPORAL: CONCEPTOS LEGALES	29
1.1.- Evolución legal del concepto de IT	29
1.2.- Conceptos legales básicos sobre IT	31
1.2.1.-Prestación por IT: beneficiarios, duración y abono	31
1.2.2.- Causas que dan lugar a IT	34
1.2.3.-Causas del cese de la prestación	37
1.3.- Medidas legales propuestas para el control de la IT	44
1.4.- Mecanismos de vigilancia de los procesos de IT	49
1.5.- La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales en la IT	52
CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE IT.....	57
2.1.- Prevalencia de los procesos de IT	58
2.1.1.- Prevalencia de la IT por patología y género	59
2.1.1.1.- Prevalencia de los trastornos mentales según el género	62
2.2. Gasto público generado por la IT	67
2.2.1.- Sospecha del uso fraudulento de la prestación por IT	71
2.2.2- Explicaciones del excesivo gasto derivado de la IT	75
2.3.- Duración de los procesos de IT	82
2.3.1- Factores que influyen en la IT de larga duración	86
CAPÍTULO 3: LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA IT: BAREMOS, MANUALES Y GUÍAS	91
3.1.- Competencia en la valoración de las incapacidades.....	91
3.2.- Consecuencias de los diagnósticos erróneos	95
3.3.- Trastornos mentales e incapacidad	101

3.3.1.- Concepto de enfermedad mental vs. trastorno mental.....	101
3.3.2.-Trastornos mentales que pueden generar IT.....	105
3.4.- Baremos, manuales y guías generales para la valoración de la IT.....	107
CAPÍTULO 4: LA SIMULACIÓN EN LA IT	123
4.1.- Diferencia entre la obtención de datos clínicos y forenses	123
4.2.-Concepto de simulación	126
4.2.1.- Tipos de simulación.....	127
4.3.- Prevalencia de la simulación en la IT	131
4.4.- Indicios de sospecha de simulación	134
4.4.1.- Estrategias de simulación.....	137
CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN FORENSE DE LA SIMULACIÓN EN LA IT	143
5.1.- Instrumentos psicométricos de medida de orden clínico con control de la simulación	144
5.1.1.- Historia y evolución del MMPI: el MMPI, MMPI-2 y MMPI-2-RF.....	145
5.1.2.- El MMPI-2-RF	150
5.2.- Entrevistas	160
5.2.1.- Entrevistas estructuradas o directivas.....	161
5.2.2.- Entrevistas no directivas o no estructuradas.....	163
5.3.- Aproximación multimétodo a la valoración de la simulación	166
5.4.- Evaluación de la simulación en los déficits neuropsicológicos	169
5.4.1.- Patología neuropsicológica	170
5.4.2.- Prevalencia de la simulación en déficits neuropsicológicos	173
5.4.3.- Procedimientos para el estudio de los daños neuropsicológicos.....	174
III. ESTUDIO EMPÍRICO	183
1.- INTRODUCCIÓN.....	185
2.- OBJETIVOS.....	186
3.- MÉTODO	187
3.1.- Participantes	187
3.2.- Diseño	188

3.3.- Procedimiento.....	188
3.4.- Instrumentos de medida	190
3.5.- Análisis de datos.....	197
4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	198
4.1.- Estudio de la simulación en las escalas clínicas básicas del MMPI-2.....	198
4.1.1.- Diferencias de género en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 en condición de simulación.....	201
4.2.- Estudio de la simulación en las escalas clínicas reestructuradas.....	202
4.2.1.- Diferencias de género en la simulación de IT en las escalas reestructuradas <i>RC</i>	204
4.2.2.- Diferencias mediadas por el factor género en las escalas de problemas específicos en la condición de simulación.....	204
4.3.- Estudio de la capacidad de detección de la simulación de las escalas de validez	207
4.3.1.- Diferencias de género en las escalas de validez para el control de la simulación.....	208
4.4.- Estudio de la validez incrementada de las escalas para el control de la simulación.....	209
IV. CONCLUSIONES	215
BIBLIOGRAFÍA	223



ÍNDICE DE SIGLAS

AEVAL:	Agencia de Evaluación y Calidad de los Servicios
AMA:	Asociación Médica Americana
AMAT:	Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo
AP:	Atención Primaria
APA:	Asociación Americana de Psicología
BADS:	Batería de Evaluación Conductual del Síndrome Disejecutivo
BOE:	Boletín Oficial del Estado
BOPA:	Boletín Oficial del Principado de Asturias
CCAA:	Comunidades Autónomas
CDIP:	Comisión de Cuestiones de Discapacidad en Psicología
CEDM:	Código de Ética y Deontología Médica
CEREDOC:	Confederación Europea de Expertos en la Valoración y la Reparación del Daño Corporal
CIDDM-2:	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF:	Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CNAE:	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
CON:	Clasificación Nacional de Ocupaciones
DOGA:	Diario Oficial de Galicia
DSM:	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
EEAG:	Escala de Evaluación de la Actividad Global
EEASL:	Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral
EEGAR:	Escala de Evaluación Global de las Actividades Relacionales
ET:	Estatuto de los Trabajadores

EVI:	Equipo de Valoración de Incapacidades
EWCO:	Observatorio Europeo de Condiciones de Trabajo
FBS:	Escala de Validez de los Síntomas
ILT:	Incapacidad Laboral Transitoria
INSERSO:	Instituto de Servicios Sociales
INE:	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud
INSHT:	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
INSS:	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPe:	Invalidez Permanente
IPr:	Invalidez Provisional
IT:	Incapacidad Temporal
ITCC:	Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes
ITD:	Imágenes de Tensor de Difusión
LGSS:	Ley General de la Seguridad Social
LPRL:	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
MATEPSS:	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
MEC:	Mini Examen Cognitivo
MERCAL:	Manual de Evaluación de Requerimientos para la valoración de la Capacidad Laboral
MMPI:	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NTP:	Notas Técnicas de Prevención
OMC:	Organización Médica Colegial
OMS:	Organización Mundial de la Salud
Orden TAS:	Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
PIB:	Producto Interior Bruto

PIMEC:	Asociación de Micro Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña
PSY:	Escalas de Personalidad Psicopatológica
RBS:	Escala de Sesgo de Respuesta
RC:	Escalas Clínicas Reestructuradas
RDL:	Real Decreto Ley
RED:	Remisión Electrónica de Datos
RM:	Resonancia Magnética
SADS:	Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia
SIRS:	Entrevista Estructurada de Síntomas Informados
SoMaMFyC:	Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria
SPC:	Síndrome Post-conmocional
SS:	Seguridad Social
TC:	Tomografía Computerizada
TCE:	Traumatismo Craneoencefálico
TEP:	Trastorno por Estrés Postraumático
TRLGSS:	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
TSJ:	Tribunal Superior de Justicia



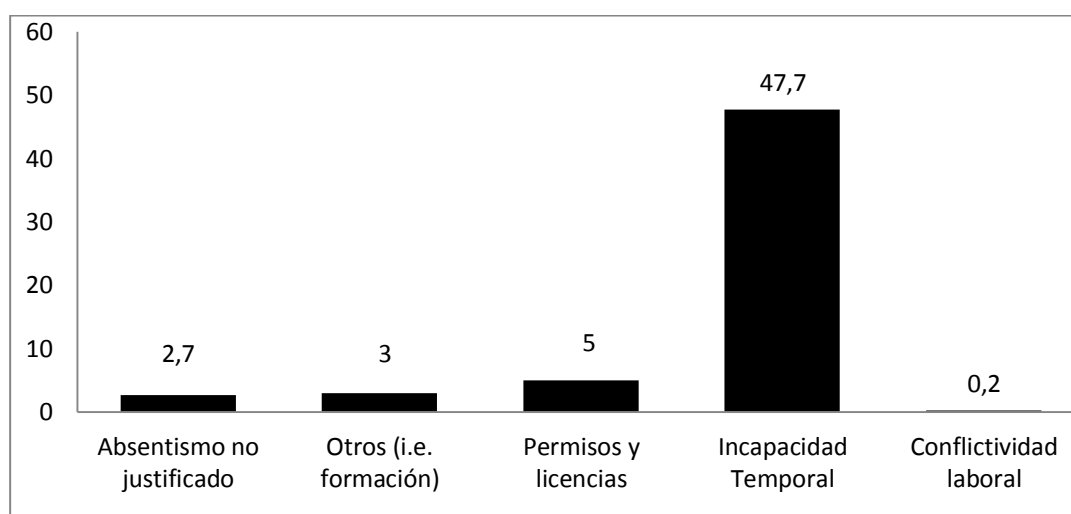
I. INTRODUCCIÓN

El absentismo laboral, bien definido como tiempo perdido de trabajo (horas o días no trabajados), bien como número de ausencias registradas en un determinado periodo, o incluso como presentismo, entendiendo por éste las personas que acuden a su puesto de trabajo pero que dedican parte del tiempo a realizar actividades no relacionadas con el mismo (Martín-Molina, 2005), provocan en las empresas pérdidas verdaderamente elevadas. Según un estudio realizado por el Observatorio Europeo de Condiciones de Trabajo en torno al 2.5% del Producto Interior Bruto (PIB) se destina a hacer frente a los perjuicios que genera este fenómeno, estimando el tiempo perdido en torno al 3% o 6% del periodo de jornada laboral (Edwards y Greasley, 2010). En España, la tasa de absentismo ha fluctuado paralelamente a la economía. Así, entre los años 2000 y 2008 alcanzó niveles considerablemente elevados (5.4%), disminuyendo paulatinamente hasta un 4.1% en el año 2013, para volver a repuntar en 2014, situándose en un 4.4% (Adecco, 2015). Estos datos se traducen en horas no trabajadas, es decir, horas perdidas en el ámbito laboral que en el año 2009 ascendían a 272 horas, decreciendo hasta las 251 en el año 2014. No obstante, un estudio realizado por Villaplana (2012) pone de manifiesto que un gran porcentaje de las horas perdidas son causadas por un pequeño grupo de asalariados, ya que existe un 6.5% de la población trabajadora que no produce ningún día al año. El absentismo puede producirse por diversos motivos (v. gr. permisos, conflictividad laboral, bajas laborales, motivos técnicos, formación), sin embargo, un análisis de las causas que lo originan indica que la incapacidad temporal (IT) es la contingencia que aglutina el mayor número de días perdidos (en torno al 80% de las ausencias), observándose además un crecimiento de un 8.7% desde año 2002 al 2014 (Adecco, 2015; Malo, Cueto, García, y Pérez, 2012) (ver Gráfica 1). En consecuencia, las horas no trabajadas por causas ocasionales provocan unos gastos directos de 10840 millones de euros (el 65% corresponde a IT), lo que representa un coste laboral medio para las empresas españolas de 30324 euros por trabajador, de los cuales 22503 euros corresponden al salario y 7821 euros a otros conceptos, (i. e. las cotizaciones obligatorias) (Asociación de pequeña y mediana empresa de Cataluña [PIMEC], 2011).

Dado que la IT es el origen de la mayor parte de horas perdidas en nuestras empresas, es necesario analizar cuáles son los trastornos más frecuentes que dan lugar a

este tipo de prestaciones. Los estudios al respecto concluyen que las enfermedades del aparato locomotor son las más prevalentes y las que más días perdidos causan, conjuntamente con las de origen psiquiátrico (Romero, Álvarez, y Prieto, 2005; Tehrani, 2010). Es más, la presencia de trastornos psiquiátricos no solo aumenta el número de días de baja sino que dificulta la reincorporación laboral (González-Barcala et al., 2006; Velázquez, Guillén, Almorza, y Salvador, 2002).

Gráfico 1. *Horas no Trabajadas según Causa*



Nota. IV Informe sobre Absentismo (Adecco, 2015).

Asimismo, diversas investigaciones señalan que de entre los trastornos mentales, los de adaptación, los mixtos ansioso-depresivos y los episodios depresivos, son los que tienen una mayor prevalencia; reseñando que, en tres de cada cuatro casos, la duración media de la IT supera los seis meses (Rodríguez, Gómez, y López, 2005) y en comparación con otras dolencias, triplica los días perdidos de trabajo incluso frente a enfermedades crónicas como diabetes, artritis, hipertensión o cefaleas (Catalina, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid, y Calvo, 2011). Al mismo tiempo, el 50% de los pacientes que han tenido un episodio depresivo mayor, presentan una alta probabilidad de sufrir una situación similar con posterioridad. Además, entre el 25-30% de los casos de depresión suelen mantener síntomas residuales y deterioro social u ocupacional. Es decir, estamos también ante patologías con una alta reincidencia. No en vano, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) advierte de que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo. Aunque en este sentido, hay autores que afirman que la depresión y la ansiedad se asocian de forma consistente con el presentismo más que con el

absentismo (Sanderson y Andrews, 2006). Por otra parte, los trastornos mentales mencionados suelen presentar una alta comorbilidad, relacionada en muchas ocasiones con el abuso de sustancias, lo que provoca a su vez, mayores desajustes y una repercusión más intensa a nivel funcional. Consecuentemente, también se incrementan los costes de tratamiento y se dilata el tiempo medio de curación (Catalina et al., 2011; Rivas et al., 2008; Van Os et al., 1999). En lo referente a la fobia social, ésta se relaciona directamente con las pérdidas por disminución de la productividad debido al gran impacto incapacitante que genera dicho trastorno (Observatorio Español sobre Drogas [OED], 2011; Rodríguez, 2010).

Como hemos comentado, las implicaciones para las empresas se concretan en la pérdida de productividad y competitividad, disminución de experiencia de los trabajadores, suplencias, pago del 4º al 15º día de baja, etc. Sin embargo, este fenómeno no solo afecta a las empresas, sino a la sociedad en su conjunto, ya que de las arcas del estado se destina un presupuesto nada despreciable (5397 millones de euros en 2016) (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016) para hacer frente a tales prestaciones. Por otro lado, tiene implicaciones en la sanidad, ya que mayoritariamente son los facultativos de atención primaria (AP) los encargados de expedir las bajas, con todo lo que esto conlleva (v. gr. masificación de consultas, pruebas complementarias, problemas en la relación médico-paciente). Y finalmente, no debemos olvidar el ámbito judicial, ya que las disconformidades relativas a la concesión de altas o a la calificación de la contingencia causante como común, accidente o enfermedad profesional tiene implicaciones muy importantes en cuanto al beneficio a percibir, por lo que cerca de un 30% dan lugar a expedientes judiciales (Caldas et al., 2000; Mercader, 2009). En este punto, es necesario advertir que la literatura al uso destaca que existe un porcentaje de procesos de IT que son obtenidos o prolongados de modo fraudulento, y aunque no disponemos de datos unánimes al respecto, los más conservadores estiman la cifra en torno a un 14% (Trueblood y Schmidt, 1993), en tanto que otros la elevan a casi un 50% (Domínguez, López, Gordillo, Pérez-Nieto, Gómez, y de la Fuente 2013; Salazar et al., 2014). Las características de las patologías más simuladas son principalmente la subjetividad de la clínica, su cronicidad y que se trata de los trastornos que presentan mayor prevalencia entre la población; por lo que entre los más destacados se encuentran los trastornos osteomioarticulares y los

mentales. En este sentido, el contexto de las IITT guarda una gran similitud con el ámbito forense, dado que en él se dan las condiciones necesarias para que las personas intenten manipular o modular la expresión clínica de algunos de los síntomas o de su intensidad, con el objeto de alcanzar algún tipo de beneficio (v. gr. prestación económica, días libres) (Delclós et al., 2010; Terrer, Molins, y Fernández, 1999). En consecuencia, para la realización de una correcta valoración antes de conceder esta prestación, debemos barajar la hipótesis de la (sobre)simulación (American Psychiatric Association, [APA] 2013). Al mismo tiempo, no basta con obtener un diagnóstico, sino que, una vez descartada la simulación, es necesario llevar a cabo una minuciosa valoración funcional para poder establecer los déficits o alteraciones que conlleva la patología en las tareas concretas que realiza el trabajador en su entorno laboral. Esto es, es preciso establecer una relación causal entre la sintomatología y los impedimentos que ésta supone de cara al correcto desempeño de las funciones para las que la persona evaluada fue contratada.

El presente trabajo se estructura en dos partes, una teórica y un estudio empírico. En la primera, se expone el marco legal que rige las prestaciones por IT, así como las características principales de ésta. De igual modo, se analizan las técnicas y procedimientos forenses referentes a la evaluación de las bajas, teniendo en mente que nos encontramos ante un campo proclive para que los individuos falseen su sintomatología con el objetivo de obtener beneficios. En la segunda, como consecuencia del estado de la literatura, nos hemos propuesto llevar a cabo una investigación para poder determinar qué herramientas y procedimientos son más eficaces de cara a la evaluación de las bajas laborales por causas psicológicas (contrastando la hipótesis de sospecha de simulación), ya que como hemos señalado, éstas representan unas de las patologías más prevalentes constituyendo uno de los grupos de mayor gasto (por el elevado número de días de baja, por el coste que emana de las intervenciones necesarias para su restitución, y por ser susceptibles de ofrecer margen a la simulación) (Catalina, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid, y Calvo, 2011; Coll, 1998; Malo, Cueto, García, y Pérez, 2012; Valladares, Dilla, y Sacristán, 2009). Así, se llevó a cabo un estudio en el que se contrastó la eficacia de una de las pruebas psicométricas más reconocidas a nivel mundial para la detección de la simulación en diversos ámbitos (Ackerman y Ackerman, 1997; Arbisi y Seime, 2006; Boccaccini y Brodsky, 1999; Borum y Grisso, 1995; Fariña, Arce, y Sotelo, 2010; Graham, 2011; Greene, 2011; Lally, 2003; McDermott, 2012; Vilariño, Fariña, y Arce, 2009;), el

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). De esta forma, se comparó la eficacia del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) y la de la última versión, el MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009) con el objetivo de estimar cuál de los dos instrumentos exhibía mejores propiedades psicométricas a la hora de valorar el daño psicológico (establecimiento de la impresión diagnóstica) y detectar y clasificar a los simuladores en de IT por causas psicológicas.





II

MARCO TEÓRICO





CAPÍTULO 1. LA INCAPACIDAD TEMPORAL: CONCEPTOS LEGALES

La IT estuvo legislada en España, hasta diciembre de 2015, en el capítulo IV título II del Real Decreto Ley (RDL) 1/1994 de 20 de junio que aprobaba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS). Sin embargo, éste fue derogado a 31 de diciembre de 2015 entrando en vigor, el dos de enero de 2016, el nuevo TRLGSS mediante el RDL 8/2015 de 30 de octubre, legislando la IT en el título II del régimen general de la seguridad social, concretamente en los artículos 169 –176 del capítulo V. Por ello, antes de adentrarnos en los conceptos básicos que imperan sobre la IT, realizaremos un análisis de la evolución legal del concepto de dicha prestación en España.

1.1.- EVOLUCIÓN LEGAL DEL CONCEPTO DE IT

En nuestro país, la protección de la incapacidad laboral se llevó a cabo inicialmente mediante distintos seguros en función del riesgo que la causaba, existiendo el seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional; el seguro obligatorio de enfermedad, que protegía de incapacidades derivadas de enfermedades comunes, accidentes no laborales y maternidad; y el mutualismo laboral, que prolongaba el amparo del seguro anterior en procesos de enfermedad de larga duración. La Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social equiparó los diversos orígenes de la incapacidad laboral, definiendo en su base séptima el concepto de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT). Desde el año 1994 se han sucedido modificaciones normativas y legales referidas a la acción protectora de la Seguridad Social (SS) en materia de incapacidad laboral. Así, hasta 1999 la baja médica era conocida como ILT pasando a denominarse, como veremos a continuación, Incapacidad Temporal a partir de dicha fecha. El concepto de ILT se fue recogido en diversas normas hasta dar lugar al TRLGSS (RDL 1/1994 de 20 de junio); donde apareció enunciado en el artículo 128, definiendo las situaciones determinantes de ILT con las siguientes características:

- a) Debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo.

- b) Los períodos de observación por enfermedad profesional.
- c) Los períodos de descanso que procedan en los casos de maternidad, adopción o acogimiento.

Junto al mencionado concepto de ILT, se plasmaba otro, el de Invalidez Provisional (IPr), definido como la situación del trabajador que, una vez agotado el periodo máximo de duración señalado para la ILT, requiriese la continuación de la asistencia sanitaria y siguiera imposibilitado para trabajar, siempre que se previera que la invalidez no iba a tener carácter definitivo (art. 134). La única diferencia significativa entre ILT e IPr, era la duración máxima concedida a cada una, siendo para la primera de 18 meses, y de hasta 6 años desde el inicio de la baja para la segunda. Dada la necesidad de adaptarse al nuevo contexto socioeconómico, la Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social modificó algunos artículos del RDL de 20 de junio del 1994. De esta forma, se introdujeron modificaciones en la acción protectora de la SS para reunir las prestaciones por ILT e IPr en una única prestación, denominándola Incapacidad Temporal, al tiempo que se configura como contingencia específica, desligada de la ILT, la de maternidad, entendiéndose ésta última como un estado de salud y no una enfermedad (Esteban y Abellán, 2001). En conclusión, a partir del 1 de enero de 1995, se establecieron como situaciones protegidas la IT, la IPe y la maternidad, desapareciendo, de este modo, el término IPr (ver Tabla 1).

El establecimiento de la IT implica valorar si la persona afectada por algún trastorno, patología o accidente puede desempeñar su trabajo habitual, en función del cuadro clínico que presenta y, sobre todo, de la limitación que éste le provoca en el desarrollo de las tareas para las que ha sido contratado. Para ello, son necesarias una serie de actuaciones que tienen como objetivo determinar el diagnóstico, el tratamiento, y conocer las características esenciales de la ocupación del trabajador. En materia de IT, al tratarse, por lo menos en un principio, de un caso agudo, requiere en la mayoría de las ocasiones reposo para la curación, la imposibilidad de realizar el trabajo, y por tanto, genera derecho a una prestación sanitaria y económica, esto es, la prestación sustitutoria de la renta del trabajo que no está siendo percibida. Para la consecución de dicho subsidio será necesaria cierta documentación y seguir un procedimiento que implica la cumplimentación de diferentes oficios que certifican el daño a la salud, el pronóstico y el tiempo estimado necesario para curación.

Tabla 1. *Evolución Legal del Concepto de IT*

Hasta 31 de dic. de 1994	A partir de 1 enero 1995	A partir de 1 enero 2008	A partir del 2 de enero 2016
Incapacidad Laboral Transitoria (incluía maternidad, adopción y acogimiento)	Incapacidad Temporal (ya no incluye maternidad)	Incapacidad Temporal (Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) único competente en reconocer prórroga de 6m., y conceder baja por misma o similar patología)	Incapacidad Temporal
Invalidez Provisional	Desaparece Invalidez Provisional	Incapacidad Permanente	Incapacidad Permanente
Invalidez Permanente	Invalidez Permanente		

Nota. Elaboración propia.

Así, ante la concesión de la IT nos encontramos primeramente con el parte de baja. Si el asalariado, pasado cierto tiempo, sigue incapacitado para el trabajo, se le proporcionará el parte de confirmación; y una vez curado o, en su defecto, si la mejoría producida le permite la reincorporación, se le expedirá el parte de alta.

Sin embargo, antes de comenzar a describir las características de los procedimientos y mecanismos de control de las IITT, expondremos los conceptos legales básicos sobre las bajas laborales.

1.2.- CONCEPTOS LEGALES BÁSICOS SOBRE IT

Seguidamente, describiremos los conceptos básicos relativos a la IT, desde las condiciones necesarias para ser perceptor de la prestación, a su duración, o las causas de extinción, siguiendo el TRLGSS recogido en el RDL 8/2015 de 30 de octubre.

1.2.1.-Prestación por IT: beneficiarios, duración y abono

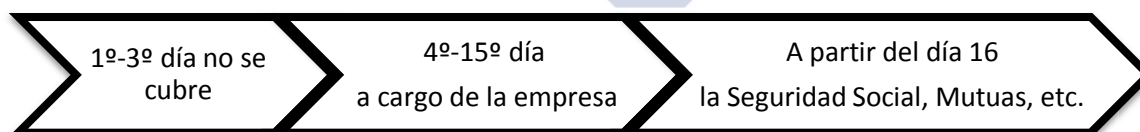
Cualquier enfermedad común, profesional, o accidente, sea o no laboral, que conlleve asistencia sanitaria de la SS y el impedimento para el desarrollo del trabajo que la

persona venía desempeñando, puede dar lugar a una prestación por IT. Ésta trata de cubrir la falta de ingresos que se producen ante tal contingencia (art. 169 LGSS) y consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que se fija y se hace efectiva en los términos establecidos en esta Ley y los Reglamentos generales para su desarrollo (art. 171 LGSS).

El beneficiario del subsidio podrá ser cualquier persona integrada en el Régimen de la SS, afiliada y en alta en la fecha del hecho causante de la IT, mientras reciba asistencia sanitaria de la SS y esté impedido para el trabajo, salvo disposición legal expresa en contrario (art. 172 LGSS). Debemos tener en cuenta que en caso de enfermedad común la ley prevé que el trabajador ha de tener cubierto un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años previos al hecho causante. Ahora bien, en caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exige período previo de cotización (art. 172b LGSS).

La prestación se abonará mientras el trabajador se encuentre en situación de IT, pero no durante huelgas o cierres patronales (art. 173.3 LGSS). Si la contingencia causante fuese accidente de trabajo o enfermedad profesional, el trabajador percibirá, a cargo del empresario, el salario íntegro desde el día siguiente al de la baja. Si, por el contrario, se tratase de una situación de enfermedad común o accidente que no fuese considerado de trabajo, será el empresario el obligado a remunerar lo correspondiente desde el 4º día de baja hasta el 15º, corriendo a cargo de la SS o de las Mutuas de Accidentes de Trabajo a partir del 16º día (art. 173.1 LGSS).

Figura 1. *Agentes Encargados del Abono de la Prestación por ITCC*



Nota. LGSS, RDL 8 / 2015 de 30 de octubre.

La duración máxima del subsidio será de 12 meses, aunque se podrá prorrogar por 6 meses más si se presume que en ese periodo puede producirse el alta médica por curación. Para el cómputo total de permanencia en situación de IT se tendrán en consideración las recaídas y los periodos de observación, entendiéndose que la recaída se producirá cuando el sujeto cause una nueva baja médica por la misma o similar patología

dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha del alta médica. Ante una posible contingencia de enfermedad profesional, pueden establecerse períodos de observación si existe la necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo para delimitar el origen del trastorno o de la dolencia (art. 176 LGSS). Estos períodos podrán ser de 6 meses, prorrogables por otros seis meses más cuando se considere necesario para el estudio y establecimiento del diagnóstico (art. 169 b LGSS).

Durante el proceso de IT pueden actuar para emitir el alta los inspectores médicos del INSS, la inspección de los servicios sanitarios de la SS o el órgano competente del servicio público de salud. Sin embargo, cuando el alta haya sido otorgada por el INSS, éste será el único competente, mediante sus inspectores médicos, para emitir una nueva baja por recaída (art. 170.1 LGSS). Asimismo, también será el único autorizado para, una vez agotado el plazo de 12 meses, considerar una prórroga de 6 meses más, incoar un expediente de incapacidad permanente, o en su caso, proporcionar el alta médica por curación; pudiendo expedir el alta por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos (art. 170.2 LGSS). Del mismo modo, los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) son los competentes para evaluar, calificar y revisar la IP.

Sin embargo, las personas evaluadas pueden no estar conformes con lo establecido durante este proceso. En estos casos la ley prevé que si el interesado se muestra disconforme con la resolución del alta emitida por el INSS, dispone de 4 días naturales para mostrar su oposición ante la inspección médica del servicio público de salud, debiendo resolver ésta en un plazo de 7 días naturales, reconsiderando o no la decisión y especificando las razones y fundamentos que la motivan. Si en el transcurso de 11 días no se obtiene respuesta, el silencio administrativo dará lugar al alta médica a todos los efectos. Análoga tramitación tendrán los procesos de revisión de las altas que expiden las entidades colaboradoras (art. 170.4 LGSS). Los trámites de impugnación de las altas médicas emitidas por el INSS se regirán por lo establecido en los artículos 71 y 140 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (art. 170.5 LGSS), determinando que será requisito indispensable para formular demanda en materia de SS que los interesados interpongan una reclamación previa ante la entidad gestora competente en un plazo máximo de 30 días desde la notificación de la misma. La entidad deberá contestar expresamente antes de 45 días, entendiéndose denegada la reclamación por silencio administrativo transcurrido dicho plazo. En cuanto al proceso de impugnación de

altas médicas en jurisdicción social, las demandas formuladas en materia de prestaciones de la SS contra organismos gestores y entidades colaboras deberán acreditar haber agotado la vía administrativa correspondiente antes de utilizar este cauce, a excepción de lo que compete a las altas médicas emitidas por los órganos de las entidades gestoras de la SS tras agotarse el plazo máximo de 12 meses que establece la Ley. Una vez admitida la demanda, la vista será señalada dentro de los cinco días siguientes; la sentencia (que no admitirá recurso) se dictará en un plazo de tres días, limitando los efectos al alta médica impugnada sin afectar a la contingencia, base reguladora, etc. Tampoco podrán acumularse acciones de otro tipo bajo este mismo proceso. Si la sentencia estima que el alta fue indebida, se restituirá la prestación que el demandante hubiera venido percibiendo mientras no concurra causa de extinción.

1.2.2.- Causas que dan lugar a IT

Una vez conocidos estos conceptos, analizaremos los tres tipos de coyunturas que, como se ha comentado anteriormente, pueden dar lugar a una IT: las enfermedades comunes, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Las enfermedades comunes son las que aglutinan la mayor parte de las bajas y se pueden definir como aquellas alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales conforme a lo dispuesto en la Ley (art. 158.2 LGSS). Entre las patologías de este tipo que pueden originar una prestación de IT por contingencias comunes (ITCC) nos encontramos resfriados, infecciones, lumbalgias o esguinces siempre que no sean derivados del trabajo, así como ciertas enfermedades mentales (en las que nos centraremos en este trabajo) tales como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos, etc.

En cuanto a la consideración de accidente no laboral se estimará el que, conforme a lo establecido en el art. 158.1 LGSS, no tenga el carácter de accidente de trabajo.

En tanto que el accidente de trabajo viene definido como toda lesión corporal que el asalariado sufra con ocasión o por consecuencia del desempeño laboral que ejecute por cuenta ajena, (o propia, si el trabajador autónomo ha suscrito la correspondiente cobertura de riesgo de accidente) presumiendo, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de

accidente de trabajo los daños que se produzcan durante el tiempo y en el lugar de trabajo (art. 156 LGSS). En esta categoría también se incluyen los derivados de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, se realicen bajo las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa (art. 156c); los acaecidos en actos de salvamento y análogos cuando tengan conexión con el trabajo (art. 156d); las enfermedades no consideradas profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la causa es exclusiva del desempeño del mismo (art. 156e); las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad, pero que se vean agravadas a consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art. 156f); y las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades derivadas de complicaciones del proceso patológico o surgidas a raíz del medio en que se encuentre situado el paciente para su curación (art. 156g). En definitiva, las consideraciones a tener en cuenta a la hora de calificar una situación como accidente de trabajo son las siguientes:

- a) Que no sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, es decir, de naturaleza tal que no guarde relación alguna con la labor que se llevaba a cabo al ocurrir el accidente. No se incluyen en la categoría de fuerza mayor insolaciones, rayos o fenómenos similares.
- b) Que no sean debidos a dolo o imprudencia temeraria por parte del trabajador accidentado, excluyendo la imprudencia profesional que sea consecuencia del ejercicio habitual y se derive de la confianza que este inspira.

Asimismo, también se tendrá en consideración a tal efecto el accidente *in itinere*, que es aquel que sufre el trabajador al ir al trabajo o volver de éste (art. 156.2a). La antigua LGSS 1/1994 completaba que no existía una limitación horaria, aunque sí se requerían 3 elementos para que fuese constitutivo de accidente laboral: que ocurriese en el camino de ida o vuelta, que no se produjesen interrupciones entre el trabajo y el accidente, y que se emplease el itinerario habitual. Por otra parte, ciertos trastornos de ansiedad como puede ser el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), pueden ser consecuencia de un accidente de trabajo, y por tanto, considerados como tal (v. gr. sentencia 417/2011 de 7 julio del Juzgado de lo Social nº4 de Oviedo).

En última instancia la IT también puede derivarse de una enfermedad profesional. Esta categoría incluye aquellas enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo

ejecutado por cuenta ajena y que estén provocadas bien por los elementos del mismo, derivado de sustancias que se manipulan, o a las que se está expuesto y se indiquen para cada enfermedad profesional. Es decir, que tales dolencias deben estar especificadas y recogidas en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley indicadas para cada categoría profesional (art. 157 LGSS), como el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la SS. Los ejemplos más claros son las enfermedades derivadas de radiación, de agentes químicos (i. e. plomo, mercurio), agentes físicos (i. e. ruido, vibraciones, temperatura), agentes biológicos o carcinogénicos y enfermedades infecciosas o parasitarias (v. gr. tétanos, ántrax), enfermedades de la piel (v. gr. dermatosis alérgica, irritante), o enfermedades del sistema osteomuscular.

Sin embargo, se observan cambios en estas situaciones en función de la evolución de los propios contextos sociales y laborales. Así existen contingencias tales como el acoso moral o (*mobbing*) que pueden dar lugar a cierta controversia, pudiendo entenderse bien como accidentes laborales, bien como enfermedades profesionales. En este sentido, existe jurisprudencia en la que se considera una enfermedad profesional (v. gr. sentencia 204/2002 del 10 de mayo del Juzgado de lo Social nº 4 de Jaén); donde se asevera que el acoso en el trabajo, una vez determinado y clarificado como tal en fase probatoria no puede considerarse enfermedad común, sino causa de enfermedad de tipo profesional (aunque no en el sentido técnico y normativo del término conforme al artículo 116 LGSS) dada su inclusión en las Notas Técnicas de Prevención (NTP) 476 del Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene en Trabajo (INSHT) y cuya conexión con el entorno profesional permite la aplicación de la presunción de laboralidad respecto de las lesiones ocasionadas por la realización exclusiva del trabajo o como consecuencia de la ejecución del mismo. Sin embargo, ante los Tribunales de lo Social, lo que más ha prosperado es la inclusión del acoso laboral como accidente de trabajo (Sentencia 740/2012 de 4 de octubre del Tribunal Superior de Justicia [TSJ] de Cantabria de la Sala de lo Contencioso-Administrativo; Sentencia 1354/2003 de 29 de abril del TSJ Andalucía; Sentencia 334/2012 de 25 de enero del TSJ de Galicia) entendiéndolo como una enfermedad psicológica de origen laboral. En estos casos, acudieron al art. 115.2 e) de la LGSS, al considerar que estas enfermedades fueron contraídas exclusivamente con motivo de la realización de su trabajo, por lo que fueron calificadas como accidentes de trabajo.

1.2.3.-Causas del cese de la prestación

Existen diversas causas que conllevan el cese del subsidio por IT dando lugar bien a la pérdida o suspensión, bien a la extinción.

En cuanto al primer supuesto, la pérdida o suspensión del subsidio por IT puede deberse a la realización de una actuación fraudulenta para la obtención o conservación de la IT; que el beneficiario siga trabajando por cuenta propia o ajena; que abandone o rechace el tratamiento que le fue indicado sin causa razonable, o bien a causa de la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos que realizan los médicos adscritos al INSS o las mutuas colaboradoras de la SS si en un plazo de cuatro días no se justifica la ausencia debidamente (art. 175 LGSS).

Asimismo se contemplan como causas de extinción de dicho subsidio (art. 174.1 LGSS) las siguientes:

- a) el transcurso del plazo máximo estipulado de quinientos cuarenta y cinco días desde la obtención de la baja médica;
- b) la obtención de alta médica por curación o mejoría que permita al empleado llevar a cabo las labores para las que fue contratado;
- c) el alta médica, con o sin declaración de IP;
- d) la adquisición de una pensión por jubilación; o
- e) el fallecimiento del perceptor.

El agotamiento del plazo máximo estipulado por la Ley ha dado lugar a diversas casuísticas, ya que transcurrido éste, se examinará necesariamente, en el periodo de 3 meses, el estado del trabajador a efectos de su calificación en el grado de IP que corresponda (art. 174.2 LGSS) (v. gr. incapacidad permanente parcial o total para la profesión habitual, incapacidad permanente absoluta para todo trabajo o gran invalidez, según el art. 194 LGSS). No obstante en los casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la previsión de recuperación o mejora, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar su calificación, ésta podrá aplazarse por el tiempo preciso, si bien, en ningún caso podrá rebasar los 730 días siguientes a la fecha en que se haya iniciado la IT. Estas dos últimas situaciones no conllevan la obligación de cotizar. Si se ha extinguido el plazo máximo y la prórroga permitida para los procesos de IT, con o sin declaración de IP, solo habrá lugar a un nuevo proceso de IT por la misma o similar

patología cuando medie un periodo superior a 6 meses desde la resolución de la IP, siempre y cuando cumpla los requisitos exigidos de cotización, o los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad consideren que existen visos de recuperación de la capacidad laboral.

1.2.3.1.- El caso de los convenios colectivos, la simulación y la jurisprudencia

Como ya se ha señalado anteriormente, una de las causas de pérdida del subsidio por IT es obtenerlo o prorrogarlo de modo fraudulento, por ejemplo, mediante la simulación de un trastorno o la perseverancia en los síntomas a lo largo del tiempo. Otra causa es el rechazo del tratamiento indicado. En consecuencia, estos comportamientos pueden dar lugar a despidos disciplinarios y otro tipo de sanciones recogidas en el Estatuto de los Trabajadores (ET) y en los Convenios Colectivos.

Respecto a esta casuística, en el ET se contemplan faltas leves, graves y muy graves, siendo solamente estas últimas, y cuando medie culpa del trabajador, las que pueden conllevar el despido disciplinario. Esta determinación suele aparecer recogida en los Convenios colectivos incluyendo, para las faltas no reflejadas en el ET, sanciones como la amonestación o la suspensión de empleo y sueldo. Así, el ET expone lo siguiente sobre despido disciplinario (art. 54):

1. El contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido basado en un incumplimiento grave y culpable del trabajador.
2. Se considerarán incumplimientos contractuales:
 - a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo.
 - b) La indisciplina o desobediencia en el trabajo.
 - c) Las ofensas verbales o físicas al empresario, a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos.
 - d) La transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo.
 - e) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado.

- f) La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.
- g) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa.

Por su parte, los Convenios colectivos suelen recoger los comportamientos de los trabajadores que acarrearán sanción, así como la determinación de la misma. En general, a pesar de la diversidad de tales normativas, en el régimen disciplinario establecen unánimemente como falta muy grave la simulación de enfermedad o accidente en el ámbito laboral. Seguidamente mostraremos algunos ejemplos.

En Galicia, el Convenio Colectivo del personal laboral del Instituto Energético de Galicia (INEGA), adscrito por acuerdo al V Convenio Colectivo Único del personal de la Xunta de Galicia (Diario Oficial de Galicia [DOGA], 2008) en el punto 3 establece como falta muy grave “la simulación de enfermedad o accidente que suponga una incapacidad o baja por un tiempo de tres o más días. Se entenderá, en todo caso, que existe falta muy grave cuando el/la trabajador/a declarado/a en baja por uno de los motivos indicados realice trabajos de cualquier clase por cuenta propia o ajena. Asimismo, se entenderá incluida en este supuesto toda acción u omisión del trabajador/a realizada para prolongar la baja por enfermedad o accidente” (p. 20025). Contemplando como sanción para faltas graves la suspensión del empleo o sueldo de 2-15 días, y la suspensión del derecho a concurrir a pruebas selectivas o concursos de ascensos por un período de un año. Y para faltas muy graves, la suspensión de empleo y sueldo de 16 días a 18 meses, la inhabilitación para el ascenso por un periodo máximo de dos años, traslado forzoso sin indemnización o el despido.

En Asturias, el Convenio Colectivo de Hostelería (Boletín Oficial del Principado de Asturias, [BOPA], 2009), tal y como aparece recogido en la resolución de 10 de marzo de 2014 de la Consejería de Economía y Empleo, establece como faltas muy graves la simulación de supuestos de IT o accidente (p.14).

El Convenio Colectivo para las empresas y trabajadores/as de transporte de enfermos/as y accidentados/as en ambulancia en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOGA, 2013) establece como falta grave en el punto 11, “la simulación de enfermedad o accidente, laboral o no. Se entenderá siempre que hay falta cuando un trabajador de baja

por enfermedad o accidente realice trabajos de cualquier clase por cuenta propia o ajena y la alegación de las causas falsas para las licencias o permisos” (p. 13866). Para ello impone como sanciones a las faltas graves, la suspensión de empleo y sueldo de uno a diez días; y para las muy graves, la suspensión de empleo y sueldo de once a cuarenta y cinco días o el despido.

El Convenio colectivo de Rehabilitación, Obras y Contratas, S.A. de 31 de octubre de 2014 (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2014), en la sección III, de aplicación en Madrid y Valencia, señala como falta grave la simulación de enfermedad o accidente de trabajo, manteniendo como sanción la suspensión de empleo y sueldo de cuatro a quince días, y la inhabilitación temporal de hasta un año para pasar a categoría superior (p. 89082).

El Convenio colectivo para la actividad de fútbol profesional de 9 octubre de 2014 (BOE, 2014), sección III, considera como falta muy grave la simulación de enfermedad o accidente, así como la realización por el futbolista de trabajos o actividades que fueran incompatibles con su situación de baja médica, contemplando como sanción la suspensión de empleo y sueldo de 11-30 días, graduada conforme a las circunstancias concurrentes, multa de hasta el 25% del salario mensual según grados o el despido (p. 82355).

El Convenio Colectivo general de trabajo de la industria textil y de la confección de 24 de mayo de 2014 (de aplicación en todo el territorio español) (BOE, 2014) sección III, apunta como sanción muy grave “la falsedad en las circunstancias de accidentes de trabajo, la simulación de enfermedad o accidente y la prolongación maliciosa o fingida de su curación” (p. 39624).

La Ley Orgánica 4/2010 de 20 de mayo, del Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía, establece como falta grave, no prestar servicio alegando supuesta enfermedad. En la misma dirección, la Ley 4/1992, de 8 de julio de la Coordinación de Policías Locales contempla como falta grave no prestar servicio alegando supuesta enfermedad, o simular mayor gravedad.

Estos son varios ejemplos que recogen la simulación como falta grave o muy grave dentro del desempeño laboral. Como podemos observar, algunos de ellos hacen alusión directa al fingimiento, y otros incluyen concretamente la simulación de procesos de IT. No obstante, no en todos los convenios se hace mención a estos comportamientos, por

lo que estimamos necesario seguir trabajando para que la simulación o prolongación indebida de sintomatología sea recogida y tenida en cuenta a fin de establecer la sanción oportuna a quienes hacen uso de esta prestación de forma frívola.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, dentro de la jurisprudencia encontramos diversas sentencias que plasman las consecuencias jurídicas de la simulación o prolongación indebida de las IITT bajo el supuesto legal del punto d) del ET (la transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo) y lo que en los Convenios colectivos se tipifica, *grosso modo*, como falta grave/muy grave bajo el epígrafe de simulación de enfermedad o accidente en el ámbito laboral. Por ello, para ilustrar esta casuística nos parece relevante exponer brevemente cómo la jurisprudencia trata algunos de estos elementos en diversas sentencias surgidas a lo largo de toda la geografía española.

La sentencia 1333/2013 de 14 junio del TSJ de Asturias que declara la procedencia del despido de una trabajadora al constatar que mantenía sus actividades diarias, de ocio y lúdicas de modo normal, y no obstante, aportaba a la empresa los partes de IT correspondientes por contractura cervical. Así, queda probado que evidenciaba aptitud para el desempeño de su puesto de trabajo como camarera. Y en este sentido, la sentencia recoge que la doctrina es coincidente, ya que cuando el trabajador, a través de los actos que realiza, demuestra que se encuentra en una situación de normalidad, revelada precisamente por su conducta extralaboral, es obligado que pida el alta y se reincorpore al trabajo, y de no hacerlo así, está incurriendo en una causa de despido. Los elementos destacados en la motivación de la sentencia plantean que la demandante causó baja médica e inició situación de IT derivada de enfermedad común con el diagnóstico de contractura cervical. No obstante, la empresa descubrió que al día siguiente de la baja la empleada acudió a una despedida de soltera, y posteriormente realizó diversas actividades de ocio (i. e. parques de atracciones, salidas nocturnas, calzaba tacones altos), por lo que estimaron que no estaba respetando las prescripciones médicas necesarias para su curación; concluyendo que encontrándose en situación de IT los días referidos, la actividad desarrollada constituye una clara transgresión de la buena fe contractual pues, por una parte, al llevar una actividad normal podría considerarse que está perfectamente apta para el trabajo y, por otra, si no lo está, evidencia que con dicha actividad estar contraviniendo

el tratamiento médico que se le había indicado y, en consecuencia, dilatar la curación de su dolencia.

La sentencia 4162/2012 de 13 de julio del TSJ de Galicia falla a favor del despido disciplinario por transgresión de la buena fe contractual y abuso de confianza, por observar en el trabajador la realización de actividades no compatibles con una situación de baja laboral, ya que el empleado emprende una gira completa con su grupo de rock. Tales actividades demostraban que el actor podía llevar a cabo su profesión, siendo incompatibles con las dolencias aducidas. En este caso, el accidente de trabajo derivaba de un impacto con una carretilla, que lo había golpeado por detrás a escasa velocidad, resultando lesionado de forma leve a nivel de la zona cervical. Transcurrieron más de tres meses de baja y a pesar de la rehabilitación y de que los médicos estimasen el hecho de no observar mayores complicaciones, el despido, de forma reiterada, manifestaba seguir sintiendo dolor, imposibilitándole realizar correctamente cualquier movimiento de rehabilitación, al tiempo que afirmaba notar empeoramiento. No obstante, el irse de gira con su grupo musical, fue considerado por la empresa como una transgresión de la buena fe contractual y/o falsedad en las circunstancias del accidente de trabajo, la simulación de enfermedad o accidente y la prolongación maliciosa o fingida en su curación. Por ello, se entiende contrario al deber laboral de buena fe contemplado en el artículo 5 del ET, en concurrencia con el art 20.2 y 54.2.d) del mismo cuerpo legal, por cuanto entienden que ha simulado y/o alargado una situación de baja por accidente a sabiendas del perjuicio que esto causa, no solo para la empresa, sino también a la SS y a la sociedad en general, ya que se produce un beneficio económico en su persona, sufragado con dinero público.

La sentencia 3536/1990 del Tribunal Supremo dictada en Madrid por la Sala de lo Social considera que el despido es procedente por infracción de la buena fe contractual, y la realización de trabajos durante la ILT (actual IT), motivando que la doctrina expone que la simulación por enfermedad no es necesario que cubra todo el periodo de baja, y el dedicarse durante la misma a otra actividad laboral, constituye un incumplimiento grave sancionable con el despido.

La sentencia 9351/2011 de 6 de octubre del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, entiende que el despido disciplinario es procedente ya que durante el periodo de baja por enfermedad, el trabajador, que formaba parte de un grupo musical, actuó en diversos locales, y realizó una gira apareciendo en diversas fotografías y clips publicados en

Internet. La empresa inició expediente disciplinario para sancionar al asalariado con despido. Así el demandante causó baja el 27/4/2009 por IT derivada de enfermedad común, situación en la que continuaba en el momento del despido, sin que constase el diagnóstico en el momento de la baja. El demandante padece un trastorno de ansiedad sin agorafobia, así como un trastorno de personalidad por dependencia, con antecedentes desde 2004. No obstante, lo expuesto es constitutivo de una falta de deslealtad y transgresión de la buena fe contractual, pues se entiende que está demorando la curación al realizar tales actividades.

La sentencia 1758/2012 de 20 de marzo del TSJ de Galicia recoge el despido disciplinario por incumplimiento del Convenio Colectivo de industrias cárnicas ya que el trabajador causó baja por enfermedad común (vértigo), según se recoge en los documentos obrantes en el procedimiento. No obstante, realizó trabajos incompatibles con dicha baja médica. En este sentido, se constata que la actividad desempeñada por el actor no solo es demostrativa de su aptitud para el trabajo, sino que tiene incidencia en su recuperación, dado que no se trató del desempeño de actividades lúdicas o ligeras, sino que, por el contrario, llevó a cabo cargas de material pesado y esfuerzos lesivos para su enfermedad y que, como señala la juez de instancia, son incompatibles con su dolencia, suponiendo una clara violación de la buena fe contractual y un abuso de confianza para con la empresa, además de un fraude frente a la entidad gestora.

En conclusión, a través de los ejemplos que expone la jurisprudencia, podemos ver como la simulación, exageración o prolongación indebida de síntomas dan lugar, no solo al cese de la prestación, sino también, *a fortiori*, a despidos disciplinarios, por lo que queda demostrado que en el contexto de las IITT se producen fraudes. En consecuencia, aún resta una gran labor de sensibilización respecto al uso indebido de las IITT como modo de enfrentarse a los conflictos laborales, obtener un mayor número de días de descanso, tiempo para la atención de menores y dependientes, etc. Por otra parte, llevar a cabo una evaluación minuciosa ante las demandas de IT, facilitaría, en gran medida, el reparto equitativo de los bienes sociales, favoreciendo que esta opción se aplique a quienes realmente la necesiten y no de modo indiscriminado.

Derivado de esta situación abusiva que hemos expuesto, desde el surgimiento de la protección de la IT y sobre todo, a partir de la LGSS 1/1994, se han venido sucediendo

modificaciones de muy diversa índole que intentan vigilar y controlar estos procesos. A continuación expondremos las más significativas, prestando especial atención a la última reforma que conlleva cambios para verificar las bajas laborales durante los primeros 365 días.

1.3.- MEDIDAS LEGALES PROPUESTAS PARA EL CONTROL DE LA IT

En la década de los noventa y tras la constatación del abuso y uso espurio de las situaciones de IT, el Gobierno comenzó a plantear y a adoptar medidas destinadas a la reducción del gasto y a la lucha contra el fraude. Algunas de ellas son estrategias que responden a situaciones concretas como pueden ser las que daban lugar a la utilización de la IT, por parte de algunos trabajadores, como fórmula para no permanecer inactivos ante un posible cese o despido, lo que provocaba que se elevase el porcentaje de bajas varios días antes de la terminación de los contratos o de la prestación por desempleo. Esta situación provocó que el 34% de los trabajadores se encontraran incorrectamente clasificados en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (la actual IT) (Jiménez y Romay, 2005). Todo ello, unido a que determinados casos de IT no se ajustaban a los estándares de duración establecidos, condujo a que en 1992 se aprobase el RDL 5/1992 de 21 de julio y, posteriormente, la Ley 28/1992, de 24 de noviembre, ambas de Medidas Presupuestarias Urgentes para la contención del gasto. Estas medidas supusieron uno de los mayores cambios hasta la fecha en materia de IT, dado que implicaban al empresario en su control, convirtiéndole en el sujeto obligado del pago de la prestación desde el cuarto al decimoquinto día de baja. La transferencia al empresario del abono del subsidio permitió ahorrar al Gobierno alrededor de 601 millones de euros (Tous-Pallarés, 2011). Ahora bien, esta maniobra no solucionó el problema, sino que lo trasladó a la patronal. Ante este panorama, el coste directo en el que incurren los empresarios por el pago de prestaciones económicas por enfermedad común bajo la hipótesis de que sólo se hacen cargo de ellas entre el día 4º y el 15º, estimando una duración media de los procesos de 5 y 10 días, se sitúa alrededor de 565 y 1101 millones de euros (a lo que habría que adicionar otra serie de gastos derivados de la sustitución de personal, la formación, la reorganización de tareas, retraso en la entrega de pedidos, efectos sobre el clima laboral, etc.).

También se produjeron cambios sustanciales en los procedimientos de formalización de los partes de baja y en lo referente a quién está autorizado a expedir las altas, y se propusieron convenios de colaboración con distintos organismos para un mejor control de los procesos de IT, entre otras medidas. Tales reformas quedan reflejadas en el TRLGSS, y modificaciones siguientes, siendo algunas de ellas las que se detallan a continuación:

- la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, donde se reforma el TRLGSS en lo que atañe a la regulación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, con el fin de reforzar la transparencia en la gestión de estos entes que, sin perjuicio de su carácter privado, administran recursos de naturaleza pública.
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, para que puedan establecer acuerdos de colaboración con el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) en relación a la gestión y control de la prestación económica de la SS por IT, e instando a las Mutuas a asumir la cobertura del subsidio derivado de ITCC a favor de los empleados que así lo hayan demandado, lo que significa que, al igual que el INSS, pueden efectuar actividades de control sobre las bajas a través de sus propios servicios médicos, así como proponer, sólo a efectos económicos, el alta de los pacientes, la denegación, suspensión o extinción del tal derecho.
- La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social decretó que el periodo de percepción de la prestación por desempleo no se ampliará por la circunstancia de que el trabajador pase a la situación de IT o maternidad. Además, introdujo un segundo párrafo en el apartado 1 del art. 131 bis de la LGSS, permitiendo que los médicos adscritos al INSS pudiesen expedir la correspondiente alta médica en el proceso de IT. Algo similar a lo ocurrido con el art. 44 del RDL 6/2000, de 23 de junio, de Medias Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de

Bienes y Servicios, que concedió esa potestad también a los médicos de las Mutuas.

- La Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, limitó la cuantía por prestaciones económicas de la SS incluyendo, por supuesto, la IT.
- La Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (TAS) 399/2004, de 12 de febrero, ordenó que las empresas incorporadas al sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED) utilicen dicho procedimiento informático para remitir a la entidad gestora o a la Mutua, las copias de los partes médicos de baja, de confirmación y de alta que les presenten los trabajadores, con lo que se pretende facilitar la corrección de las desviaciones y controlar la duración media de los procesos, ya que los entes implicados podrían poseer datos de evaluación de la situación en tiempo real.
- La Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de SS implementa, como novedad principal, el establecimiento de un cauce para poder expresar la disconformidad con el alta una vez agotados los 12 meses y evitar la inseguridad jurídica que provocaba la disparidad de diagnósticos de una y otra instancia. Este procedimiento administrativo de revisión por parte del INSS también puede ser extendido a las altas que expidan las entidades colaboradoras a petición del interesado.
- El RDL 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, estableció y limitó el complemento retributivo que las administraciones públicas pueden aplicar al personal funcionario y laboral, y así lo refleja la instrucción XVII/2012 de la Gerencia de la Universidad de Santiago de Compostela (USC), relativa a la aplicación de la prestación económica en la situación de IT.

Toda esta normativa conllevaba medidas que suponían, *a priori*, una mejora de la gestión de la IT por parte del Gobierno, como por ejemplo traspasar parte del gasto de IT a los empresarios, obligar a los autónomos a afiliarse en las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, recortar la duración de la prestación y la cuantía en sí misma, establecer revisiones obligatorias cada tres meses, exigir la formalización de los partes de baja con una información más completa, aumentar las posibilidades de control

del INSS y de las Mutuas, etc. Sin embargo, ninguna de las disposiciones han sido suficientes, pues los datos muestran que el gasto sigue aumentando, y las sospechas de fraude continúan (Torollo, 2004; Tribunal de Cuentas, 2014).

La última reforma llevada a cabo por el Gobierno en julio de 2014, antes de la entrada en vigor de la nueva LGSS 8/2015, también ha tenido repercusiones en la administración de la IT y de las Mutuas. Se trata del Real Decreto 625/2014 de 18 de julio para la gestión de la IT en el primer año de duración y el proyecto de Ley de Mutuas, por el que se concede a estas entidades una mayor capacidad de intervención en las bajas médicas por enfermedad común con el objetivo de reducir el absentismo laboral injustificado. Con esta medida se estima que se conseguirá un ahorro cercano a los 300 millones de euros. En este sentido, la nueva regulación afecta, por un lado, a las mutuas en su naturaleza, régimen económico, responsabilidades y funciones, y por otro, a determinados aspectos de la gobernanza de la prestación por IT, proporcionando unidad de criterio y facilitando la coordinación entre la Administración y la SS. Estas entidades pasan a denominarse Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud, otorgándoles la capacidad para gestionar la prestación por cese en la actividad de los trabajadores autónomos, del que hasta ahora había un número muy reducido de beneficiarios por mostrarse el procedimiento demasiado complejo. Así pues, la innovación radica en que las mutuas podrán realizar el seguimiento de la prestación de ITCC desde el primer día de la baja (hasta ahora sólo podían intervenir a partir del décimo sexto día) y formular, como ocurre actualmente, una propuesta de alta médica motivada cuando consideren, con la información clínica de que dispongan, que el beneficiario podría no estar impedido para el trabajo. Esta propuesta será remitida al Servicio Público de Salud que deberá responder en cinco días hábiles. Si no se obtiene contestación, la mutua acudirá a la Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud, que tendrá cuatro días para manifestarse. Las mutuas comunicarán simultáneamente al trabajador afectado y al INSS, para su conocimiento, que se ha enviado la mencionada propuesta de alta. Por tanto, serán siempre los facultativos de los Servicios Públicos de Salud o del INSS quienes tomen la decisión de que los trabajadores se reincorporen a su puesto de trabajo o no.

Otra novedad del mentado Real Decreto 625/2014 para cumplir con su cometido de avanzar en la mejora de la gestión y seguimiento de los procesos de IT y simplificar al

máximo los trámites, conlleva la sustitución del actual sistema de expedición de los partes médicos de confirmación de periodicidad semanal, por otro basado en la distinción de cuatro grupos de temporalidades: muy cortos, cortos, largos o muy largos. De este modo otorga diferentes plazos a cada uno de ellos según lo establecido en el Manual de Tiempos Estándar de la IT, que estima la duración del proceso de baja en función de la patología, edad y ocupación real de la persona evaluada. A este efecto, se estipula que en los procesos en los que se estimen cinco días de baja, el parte de baja y el de alta se podrán expedir en la misma visita médica. Si la duración de la IT se valora entre cinco y 30 días, el parte de confirmación de la baja deberá expedirse cada dos semanas; si se prevé una duración entre 31 y 60 días, se facilitará cada 28 días; y en enfermedades de larga duración, de más de 61 días, la confirmación de la baja se expedirá cada 35 días. Además, los informes y resultados de las pruebas efectuadas se incorporarán a la base de datos de los Servicios Públicos de Salud y pasarán a formar parte del historial clínico del paciente. De esta forma, se aumentará la coordinación con el médico del Sistema Público de Salud. Al mismo tiempo, será obligatorio que en los partes de confirmación conste la duración probable de la IT y la fecha del nuevo reconocimiento médico. Ello permitirá al empresario y trabajador tener una previsión del curso del proceso. El Real Decreto incluye también la regulación de la transmisión diaria por vía telemática de los partes de baja y alta desde los Servicios Públicos de Salud de las CCAA al INSS y de este organismo a las mutuas cuando sean responsables de la protección del trabajador, efectuando el control desde el primer día de la baja. Por otra parte, también se permitirá, desde el primer momento, la comprobación de las deducciones que hacen las empresas al ingresar las cuotas de la SS. De este modo, se da cumplimiento a la recomendación del Tribunal de Cuentas en su último informe sobre gestión y control de la IT.

Para finalizar, de acuerdo con lo aprobado en la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2014, se regula expresamente la posibilidad de suspender la prestación cautelarmente cuando el trabajador no se presente a un reconocimiento médico. Ya que si en el plazo de cuatro días no ha justificado debidamente la ausencia, se extinguirá la situación de IT. Ahora bien, si la causa es legítima, no se cancela de modo automático como ocurría previamente. Esta cuestión se revela como una medida importante, ya que uno de los indicadores de posible simulación de una baja, es el

no acudir a las revisiones médicas establecidas, o pedir el alta una vez citados para comparecer a la misma.

A continuación expondremos los tres mecanismos de los que dispone el INSS para realizar el control sobre los procesos de IT, adaptándose a los nuevos decretos y constantes modificaciones que establece la legislación.

1.4.- MECANISMOS DE VIGILANCIA DE LOS PROCESOS DE IT

Debido al elevado gasto proveniente de la prestación por IT y la necesidad de establecer actuaciones destinadas a la detección de posibles fraudes, el INSS se ve en la obligación de desplegar diversos medios para velar por un cumplimiento efectivo en la obtención y desarrollo de las bajas laborales. Tres son los mecanismos de control de los que dispone, a saber, los partes médicos de baja, los partes de confirmación, es decir, los exámenes médicos al trabajador para verificar que sigue manteniendo derecho a dicha prestación, y por último, la comprobación de que los importes deducidos por parte de las empresas son correctos. Aunque haremos alusión a los tres, centraremos la atención especialmente en los casos en los que la labor del psicólogo forense puede ayudar a reducir los procesos fraudulentos, bien sean derivados de las prórrogas indebidas o de las posibles simulaciones de trastornos.

En lo que respecta al primero de ellos, se lleva a cabo cuando la empresa transmite el parte de baja de su trabajador a través del sistema informático RED al INSS, lo que conlleva que den comienzo las citas médicas de control a dicho trabajador generando seguimientos periódicos. No obstante, los datos que se extraen del Informe de Fiscalización sobre la Gestión y Control de la IT por las entidades del Sistema de la SS (Tribunal de Cuentas, 2014), ponen de manifiesto los defectos de forma de los propios controles telemáticos, debido a que el sistema se ve desbordado por la gran cantidad de datos y procesos de IT a revisar, por lo que la efectividad de este primer mecanismo queda en entredicho. De hecho, existen diversos datos que así lo corroboran. En primer lugar, el porcentaje de procesos controlados y comprobados por el INSS durante el período fiscalizado mediante su envío mensual a la Tesorería General de la Seguridad Social para

su cruce informático en la base de datos de recaudación, fue de tan solo el 36% de los que eran susceptibles de control. Por otra parte, una de las comprobaciones efectuadas sobre la base de datos del INSS del periodo 2010 a 2013, en la que se revisaba la información que constaba en la misma (datos médicos, datos médicos y económicos, datos económicos y partes de alta sin parte de baja) reveló que de casi trece millones y medio de procesos analizados, doce millones corresponden a contingencias comunes, siendo la mayoría de los subsidios por IT de etiología común (Molins, 2010). De éstos, un 72.8% del total de los procesos estaban correctamente cumplimentados, es decir, disponían tanto de la información médica como de datos económicos, lo que permitía llevar a cabo los controles adecuados. Con todo, se encontraron tres millones de ITCC que sólo contenían información parcial, de lo que se deduce que más de un 23% están incumpliendo o, por lo menos, presentan ciertas irregularidades con respecto a la normativa de remisión de los partes prevista en el artículo 2.3 del R.D. 575/1997. Este incumplimiento legal acarrea una merma de información sobre los procesos de incapacidad, lo que va en detrimento del control de las prestaciones. Una de las comunidades que no ha remitido los partes de confirmación de baja es Galicia, junto con Cataluña, Andalucía, Canarias, Valencia, el País Vasco o Navarra. Asimismo, la información de la que disponía el INSS respecto a los procesos denominados recaídas no fue debidamente contrastada ni validada, dado que no quedó garantizado que los Servicios Públicos de Salud de las CCAA la transmitiesen correctamente. De esto se desprende un gran perjuicio económico ya que si un proceso es calificado como recaída, el importe a desembolsar por la SS será inferior a si se trata de una baja nueva, debido a que en el primer supuesto se descuentan los días que ya han sido abonados del proceso anterior (Tribunal de Cuentas, 2014).

En segundo lugar, el tiempo medio transcurrido en las tramitaciones de las disconformidades presentadas por los trabajadores en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, fue de 28.21 días, cuando el plazo establecido en la normativa para resolver tales asuntos es de 18 días naturales, lo que devengó en un perjuicio económico estimado de 65634 euros solo en esta comunidad. Por destacar algunos datos, en el ejercicio del 2011, en relación con los procesos de IT que sobrepasaban los 365 días, se llevaron a cabo en España 205386 reconocimientos. De ellos, se concedió prórroga en 98150 casos (el 47.78%), causando alta médica 61794 y dando lugar al inicio de 45442 expedientes de IP. En concreto, en Galicia, se produjeron un total de 15168 evaluaciones, dando como

resultado 5702 casos de prórroga, 5731 altas y 3735 expedientes de IP. No obstante la LGSS 8/2015 contempla la posibilidad de que el evaluado manifieste su disconformidad contra la resolución del alta médica, por lo que en ocasiones las valoraciones anteriormente mentadas originan expedientes de discrepancias, de manera que en un plazo de 4 días, los perceptores de las prestaciones de IT deben mostrar su oposición, lo que conllevaría una nueva valoración de la situación. Como es obvio, esta ingente cantidad de procesos desborda a los profesionales imposibilitando una valoración adecuada de los mismos.

Y en tercer lugar, en lo tocante a los trabajadores asegurados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS por contingencias comunes, se observó una demora en los Servicios Públicos de Salud respecto a la prestación de la asistencia sanitaria, lo que provocó que diversos procesos de IT se prolongaran de forma innecesaria, ocasionando incrementos en el importe de la prestación a cargo de las mutuas por causas ajenas a su control y gestión.

En lo que respecta a defectos de control interno en el sistema de la SS como pueden ser deducciones indebidas practicadas en virtud de procesos ya finalizados de IT, o deducciones ilícitas sin que medien partes médicos de baja, aunque no son objeto central de este trabajo, brindamos algunas cifras preocupantes al respecto. En el periodo 2010-2012, el volumen de casos de IT no controlados informática ni manualmente por el INSS fue del 64%. De este dato se extrae que existieron 14340 deducciones ilícitas por parte de las empresas, generando un importe de 15613061 euros, ya que muchos de ellos no estaban sustentados por los correspondientes partes de baja, por lo que es posible que ni siquiera existiera un proceso real de incapacidad. Esta situación se traduce en 1185 millones de euros invertidos en prestaciones de ITCC sin mediar ningún tipo de control ni comprobación por parte del INSS (Tribunal de Cuentas, 2014). Además, en 2012, se excluyeron de las comprobaciones los contratos laborales a tiempo parcial, lo que originó un descenso sobre el control del 31.4% respecto al año anterior.

De modo muy breve, en cuanto al gasto derivado de las IITT, podemos decir que a la hora de depurar responsabilidades, éstas se diluyen entre el comportamiento del paciente (utilización indebida bien por prolongación o exageración de sintomatología derivada de procesos anteriores) y las demoras de la atención especializada, realización de

pruebas, interconsultas, medicina defensiva, etc. Por otra parte, autores como Osterkamp y Röhn (2007) señalan que la generosidad de las coberturas de las bajas por enfermedad y la protección del desempleo son clave para la explicación de la evolución de las ausencias debidas a bajas laborales y, en ocasiones, también para el tiempo medio de duración de las mismas (Neuhauser y Raphael, 2004). Del mismo modo, Villaplana (2012) resalta que la relación existente entre el absentismo y reincorporación al trabajo está mediada en muchas ocasiones por los incentivos económicos (las prestaciones) de la situación de IT de los sistemas de protección y bienestar de cada país.

En conclusión, a pesar de los intentos por frenar el elevadísimo gasto derivado del uso perverso de las IITT, sigue vigente la sospecha de fraude en estas prestaciones tal y como señalan estudios como los llevados a cabo por Salazar, Tejero y Montesino (2014) quienes concluyen que de 112 expedientes de IT analizados, el 44% estaba cometiendo fraude a la SS. Además, en relación con las incapacidades laborales, investigaciones recientes afirman que concurren ciertas variables o indicadores que pueden alertar o hacer sospechar de la existencia de una mala utilización de la misma (Agencia de Evaluación y Calidad de los Servicios [AEVAL], 2009; González, Santamaría, y Capilla, 2012; Mercader, 2009; Tribunal de Cuentas, 2014; Vaquero, n.d.; Villaplana, 2012), tal y como señalaremos en el siguiente capítulo.

1.5.- LA LEY 31/1995 DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA IT

Un tema directamente relacionado con la IT es la prevención en los lugares de trabajo, ya que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), obliga a los empresarios a cumplir las siguientes premisas: ofrecer información a los trabajadores sobre los riesgos existentes en su puesto de trabajo (art. 18 LPRL), la formación de los trabajadores en materia preventiva (art. 19 LPRL), la vigilancia de la salud (art. 22 LPRL) y la protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (art. 25 LPRL). En resumen, vela por la generación de una cultura organizacional positiva donde exista equilibrio entre las condiciones del trabajo y el factor humano. Sin embargo, a pesar de que la legislación establece como uno de los puntos

primordiales el instruir a los asalariados en prevención, en la práctica se lleva a cabo de forma somera.

Tabla 2. *Evolución de la formación en prevención de riesgos por años en la USC*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal asistente	681	1009	1084	228	59	94	203	344	617	139
Duración total	156	125,5	127	64	148	46	211	153	219	13

Nota. Duración en horas. USC (2016).

Un ejemplo de ello son las cifras que ofrece la USC sobre la evolución de la formación en temas de prevención de riesgos (ver Tabla 2), destacando que en el año 2014, la docencia fue de tan solo tres horas, frente a las efectuadas en el año 2013, asistiendo a los cursos un total de 139 personas de toda la universidad. Por lo expuesto, no parece que la prevención sea tratada como un tema prioritario.

En las definiciones que estipula la Ley, se entienden los riesgos laborales como la posibilidad de que un empleado sufra un determinado daño derivado del trabajo, delimitando como condición de trabajo, cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de peligros para la seguridad y la salud (art. 2º LPRL). De este modo, permite abarcar todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador (art. 4.7d LPRL). Así, los principios de acción preventiva tienen como objetivos (art. 15.1 LPRL): evitar los riesgos combatiéndolos en su origen; evaluar los que no se puedan evadir; adaptar las tareas a la persona, en particular, en lo que respecta a la concepción de los puestos, a la elección de los equipos, de los métodos y de la producción, para intentar minimizar las labores monótonas y repetitivas reduciendo los efectos perniciosos de las mismas en la salud; planificar la prevención teniendo presente la evolución de la técnica, la organización del trabajo, las condiciones laborales, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el contexto profesional; adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual y ofrecer las debidas instrucciones a los asalariados.

En este sentido queda patente la relevancia que la Ley otorga a los factores de riesgo sociolaborales (i. e. la estructura organizacional, la tarea que se desempeña y el ambiente en que se realiza), ya que éstos influyen de muy diversos modos en la salud de los trabajadores (Goncalves y Feldman, 2008; Hurtado de Mendoza, 2013; Quijano y Gandarillas, 2008; Rubio, Díaz, Martín, y Luceño, 2010). Por consiguiente, mejorar la organización del trabajo, el espacio físico en que se lleva a cabo y el modo en que se encargan y realizan las tareas, promoviendo los factores de protección de los que se dispone, es la manera óptima de evitar o, por lo menos, disminuir el riesgo de sufrir bajas, de accidentabilidad laboral (Goldenhar, Williams, y Swanson, 2003; López y Osca, 2010) y, en todo caso, que las que se produzcan sean de menor duración (Catalina et al., 2011). Un ejemplo de la interacción entre las variables socio laborales y cómo estas pueden afectar al bienestar, a la salud y al rendimiento de los trabajadores se concreta en que el 20% del personal expuesto a elevadas exigencias en su trabajo, presentan trastornos del sueño, el 18% tiene sensación continuada de cansancio, sufren dolores de cabeza, se sienten irritables o tensos, padecen problemas de memoria, mareos y molestias digestivas. Estas dolencias, continuadas en el tiempo y en una intensidad moderada, pueden desembocar en disminución del rendimiento, aumento de accidentes, malestar general ante el trabajo o provocar bajas laborales (Rubio, Díaz, Martín, y Luceño, 2010). En este sentido, una de las variables más estudiadas respecto a este tema es la carga mental, definida como la labor intelectual necesaria para la realización de una tarea en un puesto de trabajo (Mulder, 1980). Así, cuando las demandas sobrepasan la capacidad del empleado para emitir respuestas satisfactorias, y además, no se percibe apoyo social, se incrementa la probabilidad de que se produzcan trastornos de ansiedad (Goncalves y Feldman, 2008), derivando en muchos casos en situaciones de IT. Asimismo, cuando los trabajadores llevan tiempo sometidos a un fuerte estrés y han desarrollado síntomas ansiosos, presentan problemas para la regulación y ajuste de las emociones, disminuyendo el control sobre las mismas, produciéndose sesgos cognitivos que dificultan su adaptación laboral. Por otra parte, diversos estudios hallaron una relación positiva y significativa entre el malestar en el trabajo, y sufrir algún tipo de trastorno por consumo de sustancias (Duro, 2010), que asociado a la alta probabilidad de padecer trastornos mentales como depresión o ansiedad, conllevará a unas IITT de larga duración y peor pronóstico. Es más, Head et al. (2006) encuentran que el contexto psicosocial del trabajo predice los índices de ausencia por

enfermedad; y como señalan Stansfeld et al. (1995), los factores psicosociales pueden generar patologías que aparentemente no guardan relación con éstos y que comienzan produciendo quejas y molestias que posteriormente causarán ITCC, incrementando las tasas de ausencia por enfermedad debidas a trastornos psiquiátricos, que se han convertido en una de las causas más importantes del absentismo laboral por enfermedad. Sin embargo, la afectación no se traduce solo en problemas de ansiedad, sino que la manifestación de estrés como elemento mediador entre la experiencia personal y subjetiva y las respuestas biológicas del organismo, puede ocasionar dolencias de muy diversa índole. No son infrecuentes las complicaciones respiratorias (v. gr. asma) y trastornos de base inmunitaria como la artritis reumatoide (Bengtsson, Theorell, Klareskog, y Alfredsson, 2009). Además, la baja capacidad para la toma de decisiones junto a exigencias psicológicas muy altas aumenta el riesgo de artritis reumatoide y de enfermedad cardiovascular (Kivimaki, Leino-Arjas, Luukkonen, Riihimaki, Vathera, y Kirjonen 2002). También se ha relacionado con trastornos gastrointestinales (i. e. dispepsia, úlcera péptica, síndrome de intestino irritable, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) (Levenstein et al., 2000), trastornos musculoesqueléticos (Sapolsky, 2008), trastornos psicosomáticos, dermatológicos tales como psoriasis o neurodermitis y consumo de sustancias (Cox, Griffiths, y Rial-González, 2000).

En resumen, estas consecuencias negativas derivadas de un entorno laboral enfermo llevan a plantear la necesidad de diseñar adecuadamente los puestos de trabajo para que la organización sea un lugar saludable, siguiendo las recomendaciones al uso que establece la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y la OMS (2010), que promueve la implementación de un sistema de buenas prácticas como política de prevención. En este sentido, favorecer el crecimiento personal y el bienestar en el ámbito laboral, redundará en una mejor producción, un menor número de accidentes y de bajas laborales (Catalina et al., 2011; Moreau et al., 2004; Vaquero, n.d.), y se presenta como una de las vías más efectivas de proceder (Sánchez, González, y Cassini, 2012).



CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE IT

La gestión de los procesos de IT presenta dos vertientes que, en ocasiones, tienen una difícil conjugación. Por una parte, nos encontramos ante un servicio de carácter sanitario, puesto que el demandante de la baja laboral se siente incapacitado para trabajar, mientras que por otra, no podemos obviar que se trata de una prestación económica y que no cualquier tipo de trastorno, dolencia o enfermedad da lugar a la misma; lo que en no pocas ocasiones, genera conflictos que van en detrimento de la relación médico-paciente (Quijano y Gandarillas, 2008). En este sentido, a pesar de que la literatura científica aboga por un enfoque biopsicosocial para el abordaje de las IITT (Araña-Suárez, 2008; OMS, 2001), en la práctica cotidiana nos encontramos con un modelo mayoritariamente médico, recibiendo tratamiento farmacológico debido al escaso número de psicólogos con el que cuenta la sanidad pública (Carrobles, 2012; Hague, 2005). Este enfoque unilateral puede generar iatrogenia, ya que en algunas circunstancias refuerzan conductas de evitación, retroalimentando los estados de depresión y ansiedad a causa de las prescripciones de reposo y el efecto de los fármacos, favoreciendo, en determinadas casuísticas, la cronicidad (Araña-Suárez y Scott, 2011; Martínez, Perelló, y Hernández, 2011). Sin embargo, en múltiples situaciones, con una buena orientación o derivación a servicios especializados como pudiera ser el psicológico, se estaría ofreciendo un servicio de mayor calidad y más eficiente. De acuerdo con lo expuesto, un tratamiento psicológico que brinde la oportunidad de adquirir estrategias adecuadas de afrontamiento y aceptación para la solución del problema, podría contribuir a un ahorro importante en las arcas del estado, no sólo en el momento actual, sino también a largo plazo, dado que al dotar a los individuos de habilidades para la resolución de problemas, estaría previniendo, en cierta medida, bajas laborales futuras. Esto no quiere decir que el modelo de intervención médico y psicológico sean excluyentes, sino que si se ofreciera una atención integral siguiendo el modelo biopsicosocial, considerando tanto factores biológicos, como psicológicos y sociales, los costes derivados de las IITT disminuirían considerablemente (Araña-Suárez, 2008). Es decir, se atajarían una gran parte de los problemas que surgen en relación con estas

prestaciones, evitando cronificaciones, recidivas y ofreciendo menor resistencia a la reincorporación laboral.

Por otra parte, las diversas casuísticas y el curso que siguen las IITT se ven afectadas por multitud de factores que modulan el tipo y características de cada baja laboral, por lo que serán descritos pormenorizadamente a lo largo de este capítulo. Entre ellos podemos destacar la patología causante, el facultativo que emite la baja, el tipo de sector empresarial o el género del receptor del subsidio. Esta última variable será tratada de modo especial ya que presenta un peso importante de cara al surgimiento de una IT por una patología u otra, influyendo en buena medida en su curso, duración, tiempo estimado para la curación, la previsión de reincorporación, o la posible reincidencia. Comenzaremos el capítulo exponiendo el contexto actual de las IITT, la prevalencia y el gasto que generan.

2.1.- PREVALENCIA DE LOS PROCESOS DE IT

En cuanto al número de ITCC, solo en la comunidad gallega (excluyendo trabajadores autónomos y trabajadores del hogar), ascendía en mayo de 2015, a un total de 24672 procesos en vigor; siendo la prevalencia de 32.14 por cada mil trabajadores protegidos en esa misma comunidad (ver Tabla 3). A nivel nacional, las cifras alcanzaban un total de 393918 procesos de ITCC, siendo la prevalencia media española de 26.81 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016). Sin embargo, existen grandes diferencias en función de las distintas CCAA, pudiendo encontrar variaciones que van desde una prevalencia de 20.10 en Canarias (2806 procesos) o 21.93 en Baleares (1410 procesos), a un 33.07 en el País Vasco (24989 procesos). Del mismo modo, también se evidencian contrastes en cuanto al número de IITT constatadas por los servicios de salud, llegando en Cataluña a un total de 70190 o Madrid con 62107, en tanto que comunidades como Valencia presentaban 35113 bajas laborales en vigor en mayo de 2015.

Tabla 3. *Procesos de IT en vigor en 2014 y acumuladas a mayo de 2015 en España*

CCAA	Prevalencia por cada mil trabajadores protegidos 2015	Procesos en vigor a diciembre de 2014	Procesos en vigor a mayo de 2015
Andalucía	25.15	22744	60704
Aragón	27.04	3216	11736
Asturias	30.15	3424	8648
Baleares	21.93	7830	1410
Canarias	20.10	16114	2806
Cantabria	31.01	1645	5298
Castilla y León	25.04	3987	17346
Cast. la Mancha	26.69	3823	13691
Cataluña	26.77	19217	70190
Extremadura	24.65	3201	7631
Galicia	32.14	20972	24672
Madrid	24.59	13624	62107
Murcia	28.56	5162	12909
Navarra	30.92	1891	6776
La Rioja	22.88	405	2291
País Vasco	33.07	9959	24989
Valencia	25.48	10015	35113
Ceuta	27.72	429	510
Melilla	25.19	398	455
Total	26.81	335440	393918

Nota. INSS (2015a).

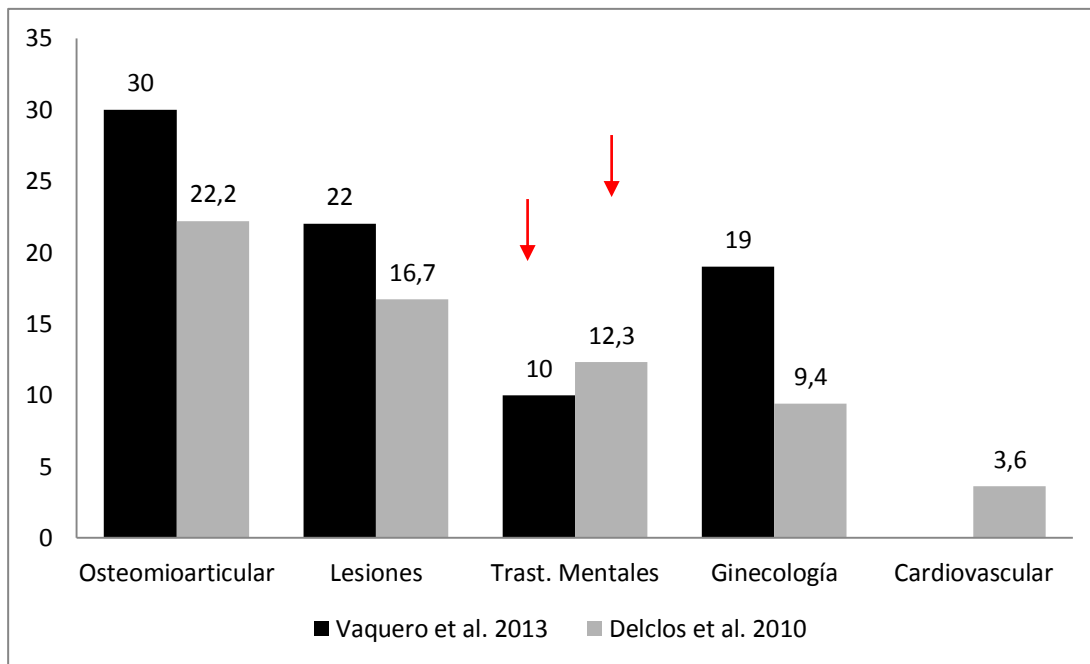
2.1.1.- Prevalencia de la IT por patología y género

Entre las patologías que acumulan una mayor frecuencia de bajas encontramos enfermedades de carácter respiratorio y traumatológico, infecciones intestinales y trastornos mentales como la ansiedad, que junto con alteraciones de la espalda no especificadas presentan un mayor grado de reincidencia (AEVAL, 2009). En todo caso, los trastornos mentales se encuentran entre las primeras causas generadoras de IT (ver Gráfico 2).

Por otro lado, si analizamos la incidencia, los días de baja y la duración media de las incapacidades laborales temporales por grupos diagnósticos, encontramos que los trastornos mentales ocupan los primeros puestos entre las causas con mayor incidencia,

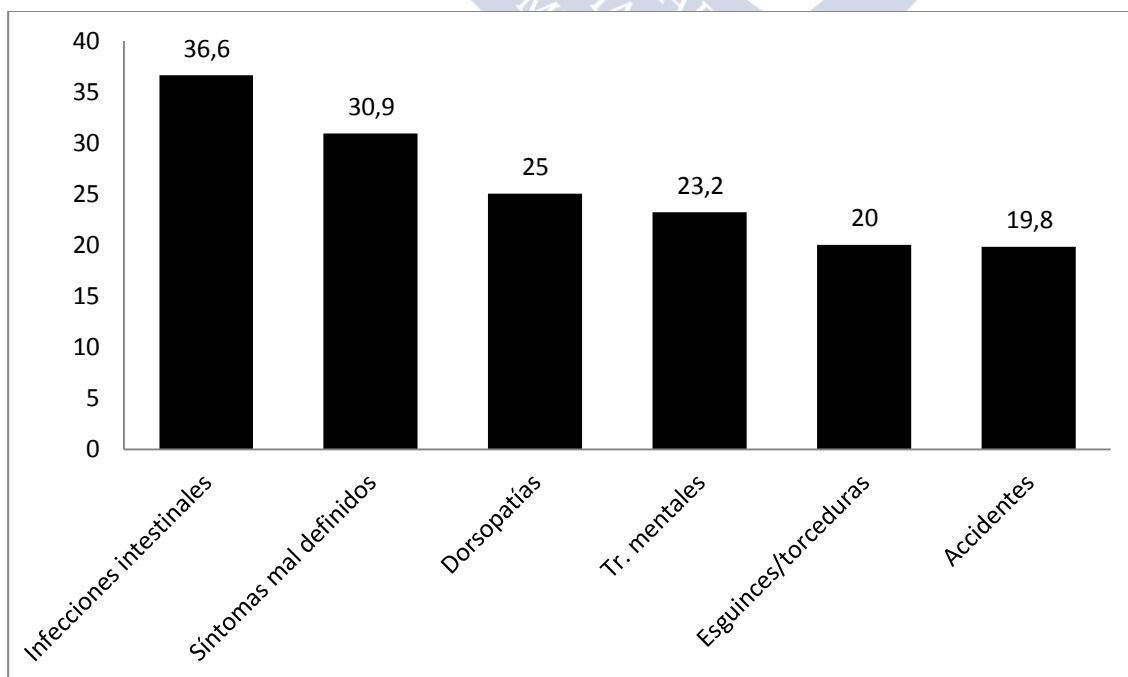
siendo también los que acumulan una duración media de mayor número de días (Araña-Suárez, 2008). Además, también representan un grupo importante dentro de la reincidencia en cuanto a IT (ver Gráfico 3).

Gráfico 2. Causas de IT más Prevalentes



Nota. Medido en días.

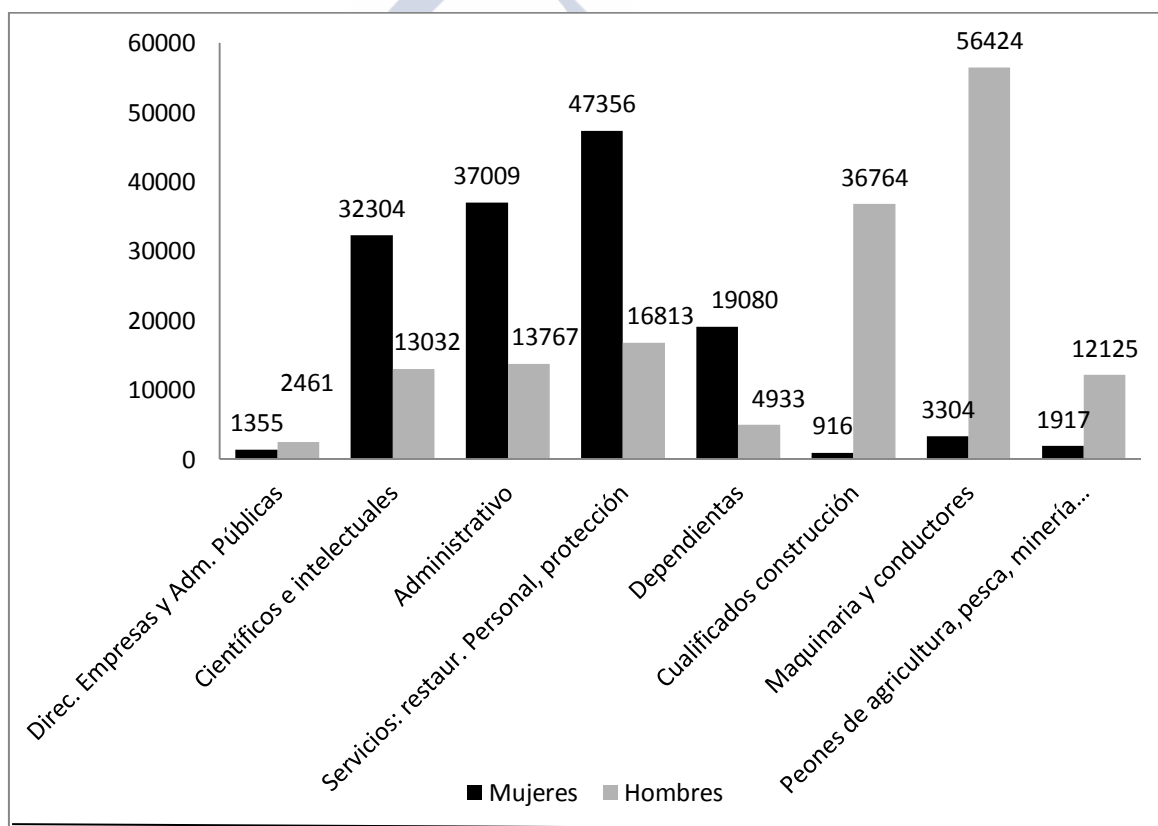
Gráfico 3. Reincidencia en la IT según el Primer Diagnóstico del Proceso de Baja



Nota. Elaboración propia a partir de Malo et al., (2012).

Por otra parte, si analizamos la prevalencia en función del género también se observan desemejanzas en cuanto a las bajas tanto en relación con la cantidad, como en duración media (INSS, 2015a), ámbito en que surgen (Grafico 4) y patología causante, siendo más cuantiosas en las mujeres, aunque de mayor duración en hombres. En esta línea, son diversos los estudios que destacan las diferencias existentes en psicopatología entre hombres y mujeres (Gómez, Ballester, Gil, y Abizanda, 2015; Martín, Vicente, Vicente, Sánchez, Galindo, y Martín, 2010; Villaplana, 2014;) reflejando las IITT unos patrones similares. Es decir, la variable género mediará en buena medida las características definitorias de las bajas laborales, radicando la explicación, en buena medida, en la división sexual del trabajo (Dema, Díaz, y Finkel, 2015; Torns y Recio, 2013).

Gráfico 4. Número de ITCC según Ocupación y Género



Nota. Adaptado de Rodríguez y Morote (2008).

En este sentido, la patología más frecuente es la osteomioarticular, que supone el 31.5% de los procesos en hombres y el 30.7% en mujeres. Son habituales en ambos sexos las lumbalgias con y sin afectación del nervio ciático (53.6% en hombres y el 32% en mujeres). El segundo tipo de patología en frecuencia difiere según el género; mientras en

los varones se debe a lesiones y traumatismos, en las mujeres predominan las complicaciones del embarazo (en un 60% lumbalgias en el embarazo). La tercera causa vuelve a coincidir en ambos, tratándose de trastornos mentales, más numerosos en mujeres (12.2%) que en hombres (9.9%), con la particularidad, como hemos comentado, de que el tiempo medio de baja por este motivo es superior en los segundos (INSS, 2015a; Vaquero, n.d).

En ambos sexos prevalecen fundamentalmente los estados de ansiedad (34.4% en hombres y 36.6% en mujeres), seguidos de los trastornos depresivos en mujeres (22.2%) y de reacciones al estrés y depresiones en hombres (ambos con un porcentaje del 14.8%) (Domínguez et al., 2013; Vaquero, n.d.). Este fenómeno no aparece de forma aislada, sino que las diferencias existentes en psicopatología entre hombres y mujeres están patentes en todos los ámbitos. Por ello, a continuación analizaremos la prevalencia de los trastornos mentales, fundamentalmente trastornos ansiosos y depresivos según género, lo que facilitará el estudio de las cifras hasta aquí expuestas.

2.1.1.1.- Prevalencia de los trastornos mentales según el género

Así, aunque la definición de salud no incluye explícitamente el constructo de género, éste pasa a ser una variable relevante desde el momento en que ciertas circunstancias propician que mujeres y hombres padezcan en mayor o menor medida unas patologías u otras (Harkness, Alavi, Monroe, Slavich, Gotlib, y Bagby, 2010; OMS, 2006; Rohlf's et al., 2000) o que los síntomas de determinados trastornos, la edad de inicio, el curso o incluso la efectividad del tratamiento o la búsqueda del mismo sean diferentes para cada género (Arenas y Puigcerver, 2009). Algunas explicaciones proponen que hombres y mujeres presentan un modo diferencial de afrontar los acontecimientos (Rodríguez y Morote, 2008). Otras ponen de manifiesto diferencias a nivel sexo-dismórficos en distintas estructuras cerebrales (Asami et al., 2009). Para ilustrar brevemente estas cuestiones, exponemos los siguientes datos tomados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2014) respecto a las patologías más prevalentes:

- a) Trastornos depresivos. La tasa del trastorno de depresión mayor llega a ser de 1.5 a 3 veces superior en mujeres que en hombres, y aunque no existen

diferencias claras en cuanto a curso, síntomas, consecuencias funcionales o respuesta al tratamiento, se observa mayor riesgo de intentos de suicidio en las primeras.

- b) Trastornos de ansiedad. La prevalencia se sitúa en torno al 7 o 9%. Si nos referimos a estímulos desencadenantes tales como animales, el entorno natural o situaciones, se observa un porcentaje mayor en mujeres que en hombres (dos por cada uno); no obstante, cuando se trata de sangre-inyección-herida, no existen diferencias entre géneros.

El trastorno de ansiedad social o fobia social presenta una prevalencia en Europa del 2.3%, y aunque en la población general encontramos una tasa más elevada entre las mujeres, en población clínica el porcentaje se incrementa ligeramente entre los varones, siendo éstos los que llevan a cabo una mayor búsqueda de ayuda. Asimismo, la paruresis (imposibilidad de micción fuera del hogar) también se revela con mayor frecuencia entre los hombres. En cuanto al trastorno de pánico la proporción de afectación es de 2 mujeres por cada hombre, no apareciendo diferencias clínicas significativas entre ambos géneros. El trastorno de ansiedad generalizada afecta en mayor proporción a las mujeres, ya que éstas presentan el doble de probabilidades de experimentarla que los varones. En el ámbito clínico, alrededor del 55 o 60% de quienes lo presentan son mujeres.

- c) Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El TEP, al igual que la mayoría de los trastornos de ansiedad, es más frecuente en mujeres (asociado en ocasiones a la mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos como violaciones o violencia interpersonal), además, en ellas presenta una mayor duración. No obstante, en las poblaciones expuestas específicamente a estresores similares, las diferencias de género no son significativas. Respecto al trastorno de estrés agudo, éste se desarrolla más frecuentemente en mujeres que en hombres, posiblemente debido a las diferencias neurobiológicas ligadas al sexo en respuesta al estrés.
- d) Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es desconocida, pero se estima superior a la del trastorno de somatización del DSM-IV-TR (APA, 2002), pudiendo

alcanzar entre el 5 y 7%. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres suelen referir más síntomas somáticos que los varones. En cuanto al trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales es de dos a tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres.

- e) Trastornos del sueño-vigilia. Entre los trastorno del sueño, el trastorno de insomnio es el más prevalente, alcanzando de un 10 a 20% en los centros de AP y aunque puede constituir un trastorno en sí mismo, en más del 50% de las ocasiones se presenta de modo comórbido con otra patología mental. En este caso, las mujeres también sufren el trastorno en mayor proporción que los hombres, concretamente 1.44 mujeres por cada hombre; no obstante los estudios polisomnográficos sugieren una mayor preservación de la continuidad del sueño y del sueño de ondas lentas en las mujeres mayores que en los varones de la misma edad.

Otros trastornos del sueño como la apnea o hipopnea obstructiva afecta entre un 2 y un 4% de hombres por cada mujer, aunque tienden a igualarse a edades avanzadas. Lo mismo ocurre con la hipoventilación relacionada con el sueño, aunque generalmente se presenta de forma comórbida con otros trastornos como puede ser la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), más frecuente en varones y a edades avanzadas.

Estos fenómenos advierten de la necesidad de elaborar pruebas psicométricas que incluyan baremos que tengan en cuenta las características específicas de cada género. En este sentido, multitud de estudios revelan las diferencias entre hombres y mujeres en lo que atañe a cómo los problemas en salud mental les afectan de modo desigual. Para comenzar, un estudio llevado a cabo por Eaton et al., (2012) donde se ha analizado la prevalencia por sexos de diferentes trastornos mentales concluyó que los diagnósticos como la depresión o la ansiedad, más relacionados con la interiorización de emociones, aparecen asociados un mayor número de veces a mujeres, ya que éstas son más propensas a presentar rumiaciones y centrarse en las emociones negativas; mientras que los hombres son más propensos a desarrollar trastornos antisociales y a abusar de sustancias, ya que tienden a exteriorizar sus emociones de modo inadecuado, lo que conlleva agresividad, comportamientos impulsivos o coactivos. Resultados casi idénticos aparecen reflejados en un artículo publicado por Montero et al., (2004). Otros trabajos encuentran datos en la misma línea, así, se observa

en la literatura que el afrontamiento de los problemas mediante la externalización correlaciona con la desinhibición, por lo que se asocia con personalidad antisocial y desórdenes como consumo de alcohol, nicotina y en general, abuso de drogas, lo que se produce más frecuentemente en hombres (OED, 2011, 2013). No obstante, las personas que tienden a la interiorización (mayoritariamente mujeres), generando angustia y miedos, suelen padecer trastornos mentales como son la depresión, ansiedad generalizada, miedos, fobia social, fobias específicas y crisis de pánico (Griffith, Zinvarg, Craske, Mineka, Rose, Waters, y Sutton, 2010; Krueger, Hicks, Patrick, Carlson, Iacono, y McGue, 2002). Entre las fobias específicas más comunes, podemos destacar las fobias a animales, con una prevalencia de vida de 11% en mujeres frente al 5% en hombres. Un porcentaje similar aparece en lo tocante al TEP, donde las primeras presentan una prevalencia del 10%, frente al 5% en los segundos (Arenas y Puigcerver, 2009). Del mismo modo, Ramos, Zambrano, Medina-Mora, Lara, Fleiz y Borges (2005) también encontraron en sus investigaciones que el sexo, la edad y la escolaridad, son variables fundamentales que influyen en la posibilidad de desarrollar TEP. En las conclusiones de su estudio destacan que a pesar de que hombres y mujeres estuvieron expuestos de forma importante a violencia, la proporción de mujeres que desarrolló TEP fue considerablemente mayor que la de los hombres (4.73 mujeres por cada hombre). Todos estos trabajos advierten de la necesidad de atender a las diferencias de género creando baremos específicos, dado el modo diferencial en que los trastornos mentales afectan a cada grupo.

Por otra parte, cabe destacar que no solo se encuentran desigualdades en el tipo de trastornos mentales que prevalecen entre hombres y mujeres, sino también, como ya hemos visto, en las manifestaciones y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia, el curso de la enfermedad e incluso la respuesta al tratamiento (Arenas y Puigcerver, 2009). En este sentido, estudios nacionales señalan que las mujeres son más tendientes a sufrir trastornos mentales que los hombres, presentando una prevalencia en España del 8.20% en hombres, mientras que en mujeres asciende al 19.26%; y también a presentar mayor riesgo de mala salud mental, siendo los indicadores en España para el año 2011 en mujeres de 23.89% frente al 16.73% para los hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). No obstante, y sin más ánimo que el de reseñar un dato anecdótico, no solo se encuentran diferencias en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales, sino incluso en lo que concierne a discapacidades físicas, ya que las mujeres

presentan mayor número de incapacidades musculoesqueléticas relacionadas con la movilidad, en tanto que en los hombres, se encuentra una distribución más repartida (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2008).

En cuanto a las diferencias de género relativas a la comorbilidad, en general, se concretan en que las mujeres refieren mayor número de miedos sociales, trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad. En tanto que los varones son más propensos a desarrollar un trastorno negativista desafiante, un trastorno de conducta o dificultades para el control de impulsos, tendiendo a afrontar este tipo de estados mediante el abuso de alcohol y drogas. En consecuencia, las tasas de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol son superiores en hombres que en mujeres, 12.4% frente a 4.9% respectivamente. Observándose proporciones similares en relación al cannabis, los opiáceos, y la cocaína. No obstante, en lo tocante a problemas relacionados con el abuso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, las mujeres tienen mayor riesgo de abuso de dichos medicamentos (APA, 2014; OED, 2011, 2013).

En resumen, podríamos afirmar que las mujeres presentan mayor tendencia a puntuar alto en quejas somáticas, cognitivas y problemas internalizantes, siendo en ellas más frecuentes diagnósticos como depresión o ansiedad; mientras que en los hombres, generalmente, aparecen puntuaciones más elevadas en sintomatología externalizante (Mason, Bubany y Butcher, 2012), siendo más propensos a desarrollar trastornos antisociales y a abusar de sustancias, tendiendo a exteriorizar emociones de modo negativo e impulsivo (APA, 2014). Es importante tener presentes estos datos, ya que las IITT presentarán un patrón similar. En este sentido, si analizamos el número de ITCC, no solo se observan estas diferencias en IITT derivadas de trastornos mentales, sino también en otras muchas patologías (ver Tabla 4).

Así, diversos estudios señalan que la magnitud del riesgo de enfermar en situaciones que dan lugar a enfermedades mentales (i. e. reacciones de adaptación, estrés, ansiedad y depresión) se relaciona no solo con las diferentes condiciones de trabajo, sino que refleja especialmente las diferencias basadas en los roles de género (i. e. las tareas domésticas, familiares y el cuidado de personas dependientes) (Borrel, García-Calvente, y Martí-Boscá, 2004; Gurtman y Lee, 2009; Rohlfs et al., 2000).

Tabla 4. *Casos de IT por Enfermedad Común y Género*

Enfermedad/trastorno	Hombres	Mujeres
Traumatismos	64058	26609
Cáncer laringe	85	8
Cáncer de pulmón	161	34
Enfer. isquémicas del corazón	3512	551
Hernia	7337	947
Maníaco-depresiva	7446	11031
Ansiedad	8869	10811
Otras depresiones	10031	14478
Estrés	548	749
Tr. mentales uso de alcohol	1419	141
Tr. mentales uso de drogas	1299	135

Nota. INSS (2015b).

La incidencia de los trastornos se distribuye, como hemos visto, de modo desigual ya que mientras en los hombres predominan las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol (cáncer de pulmón, laringe, trastornos mentales relacionados con el alcohol, enfermedad isquémica del corazón), enfermedades de la piel, traumatismos, así como trastornos directamente relacionados con exposiciones laborales concretas como hernias, neumoconiosis, etc. En las mujeres son más numerosos los problemas de tiroides, anemia, sistema osteomuscular y enfermedades relacionadas con el ámbito emocional (v. gr. estrés, ansiedad y depresión).

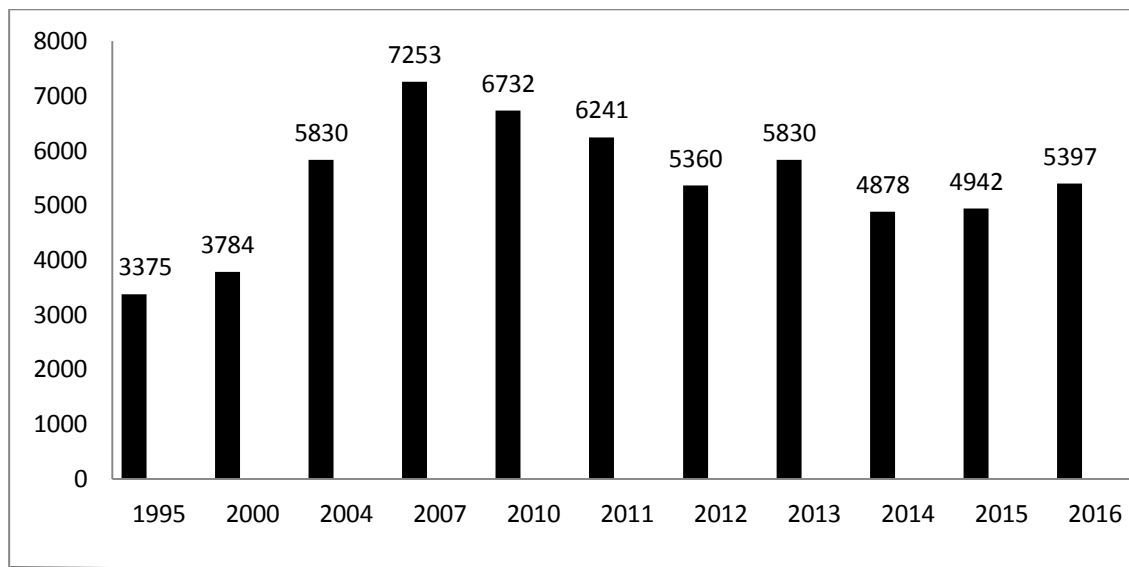
Estos porcentajes se traducen en una cantidad de prestaciones que requieren de una base presupuestaria que las sustente, por lo que a continuación expondremos algunas cifras que nos aproximan el gasto que acarrearán.

2.2. GASTO PÚBLICO GENERADO POR LA IT

Según el INSS, los datos sobre el importe destinado a las prestaciones por IT representan una partida muy importante dentro de los Presupuestos Generales del Estado. En este sentido, en tan solo cinco años, 2003-2007, el gasto ascendió de 5124 a 7253 millones de euros, constituyendo en torno al 0.7% del Producto Interior Bruto (Sala y Salas, 2007).

En años posteriores (Gráfico 5) la cuantía osciló entre 6 y 7 mil millones de euros, hasta que en el año 2012 se alcanzó cierta estabilidad en torno a los 5 mil millones de euros, siendo el presupuesto destinado para 2016 de 5397 millones de euros (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016), lo que supone aproximadamente un 4% del total del presupuesto de la SS.

Gráfico 5. *Evolución del Gasto destinado a IT en España por años*



Nota. Elaboración propia a partir de Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2016). Millones de euros.

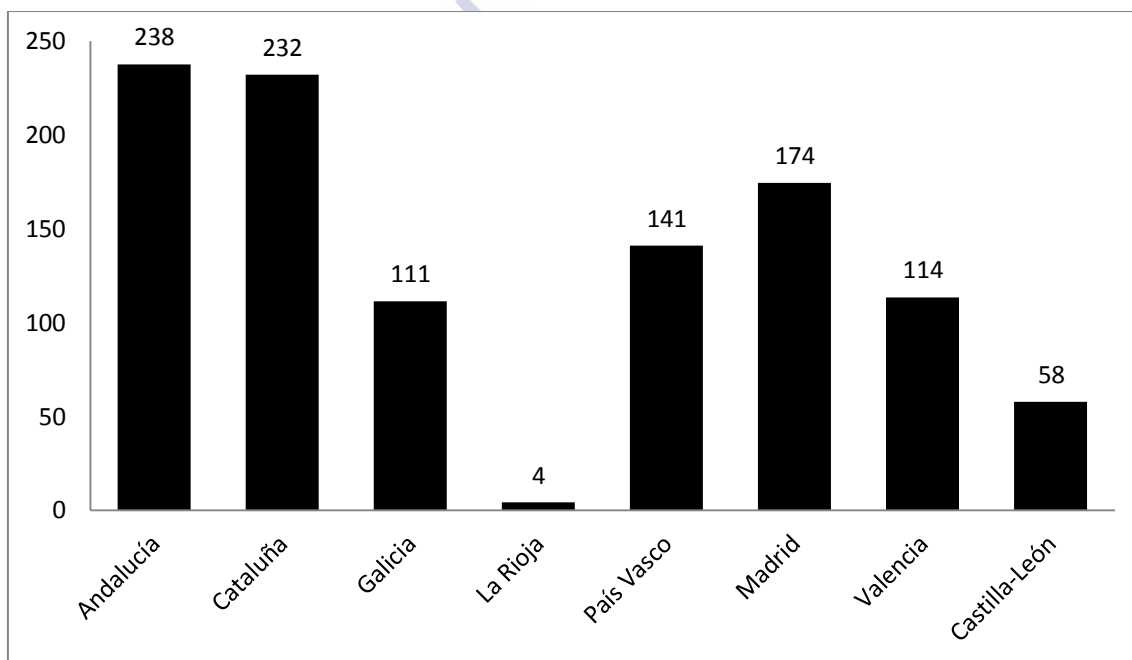
En comparación con otras prestaciones, el gasto en IT duplica el de las prestaciones no contributivas y triplica el de las familiares (Morano, 2014). Asimismo, se estima que el 50% del importe de un centro de AP de tamaño medio está destinado al tratamiento de la IT, seguido en segundo lugar por el gasto farmacéutico y el de personal. Sin embargo, en contraposición, por ejemplo, con la prestación farmacéutica, la IT afecta a un porcentaje mucho menor de la población (Caldas et al., 2000; Ruiz, 1999). Como referencia del gran desembolso económico que suponen y su aumento en los últimos años, en la Tabla 5 podemos observar el gasto provocado por la IT en comparación al producido por las bajas por maternidad/paternidad. Sin embargo, el gasto derivado de los procesos de IT, tal y como ocurría con la prevalencia, también difiere considerablemente entre las diversas CCAA (Gráfico 6).

Tabla 5. *Balance de Presupuestos 2004-2015 en Prestaciones por IT y Maternidad/Paternidad*

Presupuesto						
Año	2004	2008	2011	2012	2013	2015
Maternidad/paternidad	1106	2267	2387	2369	2309	1774
Gasto en IT	5312	7715	7008	5799	5830	4942

Nota. Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014b, 2016). Gasto en millones de euros.

Gráfico 6. *Gasto en IT en Régimen General en Algunas CCAA Españolas*



Nota. Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014). Miles de euros.

Asimismo, tampoco las patologías que generan IT conllevan los mismos costes. En este sentido, distintas investigaciones destacan el elevado coste de las incapacidades laborales producidas por trastornos mentales frente a otro tipo de patologías. Así, la OMS califica la ausencia laboral como un problema de salud pública, ya que puede ocasionar pérdidas económicas de entre el 10% y 20% del Producto Interior Bruto de un país (Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, y Duque-González, 2009). No en vano, un informe elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en

el Trabajo (2009) afirma que entre el 50% y 60% de las ausencias al trabajo están engendradas por situaciones de estrés y ansiedad.

En España, las enfermedades comunes como catarros o gripes, lumbalgias y cervicalgias o dolores en distintas partes del cuerpo, junto con afecciones psíquicas como la depresión o ansiedad, son los problemas de salud que más frecuentemente aparecen reflejados en las estadísticas como causas de baja laboral (Caldas et al., 2000; Santamaría, Capilla y González, 2013; Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria [SoMaMFyC], 2008; Vaquero, n.d.). Es más, tanto el diagnóstico de depresión como el de ansiedad son la tercera causa de IT (Blasco y Pallardó, 2013; Catalina et al., 2011; Coll, 1998; Malo et al., 2012) ya que acarrear un gran deterioro funcional, la pérdida de calidad de vida (Catalina et al., 2011) y, en ocasiones, llegan a producir incapacidad completa. De igual modo, estos pacientes suelen presentar un mayor grado de dolor, más enfermedades físicas y mayor repercusión a nivel físico, social y personal (APA, 2014). Por reseñar unas cifras, en un estudio realizado en 2004 con la participación de 28 países europeos, el coste de la depresión se estimó en 118 billones de euros, donde el 61% se debía a costes indirectos, es decir, pérdidas de productividad y bajas por enfermedad (Sobocki, Jönsson, Anqst, y Rehnberg, 2006). En el año 2010, también a nivel europeo, los datos señalaban un gasto en IT de 798 mil millones de euros, entre los cuales, 113 mil millones correspondían a trastornos afectivos, y 74 mil millones y medio de euros a trastornos de ansiedad (Gustavsson et al., 2011). En España se observó una distribución similar, en tanto que el gasto producido por la depresión ascendió a 5005 millones de euros anuales, sólo un 29% era atribuido a costes directos (Sobocki et al., 2006; Valladares, Dilla, y Sacristán, 2009). Así, Sicras, Blanca, Gutiérrez, Salvatella y Navarro (2010) estiman que cada persona con depresión cuesta al año en España, 3362 euros. En la misma línea, Caballero, León, Payá y Díaz (2014) encontraron cifras similares al comparar el uso de los recursos sanitarios y las pérdidas de productividad generadas por depresión en personas con prestaciones por IT y trabajadores sin prestación. Los datos revelaban que el 69% del coste total anual estaba destinado a sufragar los costes indirectos, destacando que el gasto medio anual de la totalidad de los pacientes era de unos 725 euros aproximadamente, frente a los 2600-3575 euros correspondiente a los trabajadores perceptores de subsidio por IT. En resumen, la IT derivada de trastornos mentales, y en especial la depresión, se relaciona con pronósticos laborales negativos, mayor probabilidad de absentismo y presentismo y, además, presenta

una prevalencia-vida del 10.5% (Catalina et al., 2011), siendo uno de los trastornos afectivos que más prórrogas de IT requiere (Pastrana, Fernández-Labandera, Ramos, y Carrasco, 2013).

2.2.1.- Sospecha del uso fraudulento de la prestación por IT

Una vez analizada la prevalencia y el gasto que conllevan las prestaciones por IT, es necesario destacar que diversos informes (AEVAL, 2009; INSALUD, 2001; Mercader, 2004, 2009; Rodríguez, 2013; Tribunal de Cuentas, 2014) señalan la existencia de una sospecha generalizada en torno al uso inapropiado de este subsidio. Es decir, a pesar de las medidas adoptadas para disminuir el gasto derivado del mismo y de los mecanismos de control de los que dispone el INSS, siguen aflorando datos que hacen sospechar del uso fraudulento, por lo que seguidamente describiremos varias casuísticas que así lo ponen de manifiesto.

Primeramente destacaremos un informe sobre las actuaciones de control en los casos de ITCC (INSS, 2001) donde se señala que un 35% de los trabajadores que se encontraban en situación de baja, solicitaron el alta inmediata tras recibir la citación para acudir al control médico, lo que puede reflejar que eran procesos prolongados injustificadamente. Ocho años más tarde, otro informe de evaluación sobre las medidas de racionalización y mejora de la IT (AEVAL, 2009) vuelve a obtener conclusiones en la misma línea, advirtiendo que en torno a un 20% de las citaciones que se remiten a personas en situación de IT tienen una duración excesiva y causan un incremento del 30% del tiempo total de baja. Al igual que el estudio anterior, constataron una elevada frecuencia de altas previas a las evaluaciones médicas e incomparencias a las actividades de control y reconocimiento tras recibir las notificaciones por parte del INSS (Callado, 2012). No obstante, debemos tener en cuenta que dentro de esta casuística no todos se pueden calificar de casos fraudulentos, ya que hay que contemplar que existe un porcentaje de sujetos que no acuden a la revisión médica porque ya se han incorporado al trabajo. También se ha señalado que existen procesos de IT que no deberían ser calificados como tal, porque en muchos de ellos no se prevé curación, por lo que el modo correcto de proceder sería el inicio de una IP. A este respecto, un año después de las modificaciones

realizadas por la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, se halló que el 68% de los trabajadores con un proceso de IT de 12 meses no deberían haber estado en dicha situación, por lo que el 35% fueron dados de alta y en el 33% restante se inició un procedimiento de IP. Resultados similares se encontraron en 2008, con un 35% y 24% respectivamente (Mercader, 2009). Un tercer informe, el Informe de Fiscalización sobre la Gestión y Control de la IT por las entidades del Sistema de la Seguridad Social (Tribunal de Cuentas, 2014), señala que la comunidad autónoma de Galicia, entre otras, recibió 262350 euros mediante los convenios de colaboración para el control de la IT con el objetivo de realizar las denominadas “pruebas médicas complementarias”, no obstante, éstas nunca llegaron a efectuarse por adolecer de acuerdos con la Subcomisión Provincial correspondiente. De esto se desprende que existen múltiples procesos de IT indebidamente documentados, es decir, sin exploraciones adicionales necesarias para contrastar y valorar de modo apropiado si procede un alta o una prórroga. Llegados a este punto debemos resaltar que tan negativo y dañino es, tanto para la sociedad como para la persona en sí, prorrogar una incapacidad cuando se dispone de aptitud para el desempeño laboral, como el conceder el alta a alguien que aún no está en condiciones de reincorporarse. Sin embargo, en muchas ocasiones, los diagnósticos ofrecidos en las diversas IITT no justifican los dilatados periodos de baja que se reflejan en los partes o prórrogas de incapacidad, denotando que en numerosas ocasiones podrían mediar días superfluos (Royo-Bordonada, 1999).

Por otra parte, ciertos estudios centraron su atención en analizar las bajas caracterizadas por ser de muy corta duración pero repetidas en el tiempo y en días señalados (léase previas a vacaciones, puentes, etc.) ya que anteriormente (previo a la entrada en vigor del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por IT en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración) no se requería parte de baja hasta el cuarto día. No en vano, el 65% de las IITT, se concentra en los procesos de duración inferior a los 15 días, incrementando el porcentaje hasta el 77% si incluimos las que no exceden un mes. Aunque de estas estadísticas no podemos inferir ningún dato sobre los posibles procesos espurios, sirvan como ejemplo los siguientes datos que afirman que se observa un paulatino descenso del número de bajas conforme avanza la semana. Así, el lunes es el día que concentra el 30% de todas las ITCC; con la salvedad del gremio de la hostelería, donde

los viernes y sábados aumentan las bajas un 4.5% (Villaplana, 2012). Asimismo, otras investigaciones (Salazar et al., 2014) han estudiado las características que presentaban los procesos de IT en los que mediaban denuncias ante la inspección de trabajo por sospecha de fraude. Los resultados advirtieron que las patologías más prevalentes eran causa psíquica (31%) y traumatológica (46%), señalando que tras la investigación oportuna, se concluía que más de un 40% de los procesos eran ilícitos.

La variable empleador también ha sido examinada por arrojar datos que hacen sospechar de la utilización indebida de la prestación por IT, influyendo en el hecho de experimentar mayor proporción de bajas en función del tipo de empresa. Destaca, en este sentido, que las sociedades anónimas, el Estado y las CCAA presentan mayor tasa de incapacidades para el trabajo, y en menor grado las sociedades limitadas y los Organismos Autónomos. Por el contrario, los trabajadores cuyos empleadores son personas físicas, tienen una menor tasa de bajas (Alba, 2009). Se contempla un patrón similar en cuanto a la reincidencia, señalando además, que las ausencias laborales se concentran de modo más pronunciado en las empresas de energía, las manufacturas y de atención sanitaria y social. En relación al tamaño de la empresa, cuanto menor es éste, menos episodios de ITCC se producen, como hemos visto anteriormente. Las profesiones en las cuales se observa mayor tasa de procesos de ITCC, son las actividades sanitarias y sociales (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009). Existen otros datos, cuanto menos curiosos, relacionados con la incidencia y duración de las mismas. Por un lado destaca una fuerte estacionalidad que se refleja en el aumento del absentismo en el tercer trimestre de cada año. Si nos fijamos en la estabilidad del empleo, se observa mayor incidencia del absentismo en los trabajos a tiempo completo, con contrato indefinido y para los asalariados, en contraposición de lo que sucede con los autónomos (Jodar y Cullell, 2002) (una posible interpretación de este resultado podría basarse en el mayor coste económico que para los segundos representa estar alejado de su actividad económica). Asimismo, en las casuísticas de contrato indefinido no solo se incrementa el número de bajas, sino también la duración de las mismas, advirtiéndose una tasa de incidencia muy superior a la media en los trabajadores del Estado y de las CCAA en comparación con la que presentan los asalariados. Otro dato digno de mención es que la probabilidad de IT aumenta con la edad, mientras que se percibe una relación inversa entre el nivel de responsabilidad en una

empresa y su tasa de incidencia, es decir, que a mayor nivel jerárquico en la ocupación, se contempla una menor probabilidad de IT (Alba, 2009).

De la misma forma, la percepción que el propio trabajador tiene de su baja, correlaciona con su evolución y con la reincorporación a la vida laboral (Vaquero, n.d.). Además, la duración de la IT tiene un peso importante en la cronicidad de la enfermedad, ya que un subsidio percibido por el trabajador como un beneficio está asociada a una mayor recurrencia de la misma; observándose que cuanto más largo es el periodo de absentismo laboral, mayor dificultad existe para lograr la vuelta al trabajo, mientras que una reincorporación temprana contribuye a la obtención de mejores resultados (Pastrana, Fernández- Labandera, Ramos y Carrasco, 2013; SMMFyC, 2008). Por otra parte, la estimación que realiza el trabajador al comienzo de la IT sobre cuándo se producirá su retorno al trabajo es también significativa, ya que aquellos que anticipan que se reincorporarán en menos de un mes, sufren un menor número de procesos, y la duración suele ser menor o igual al tiempo estándar; mientras que los que suponen una reincorporación mayor de 6 meses, padecen más procesos de larga duración (Vaquero, n.d.).

En una encuesta llevada a cabo entre los Servicios de Salud en las CCAA para conocer cuáles eran las causas que estaban detrás de las bajas que se estimaban fraudulentas, se obtuvo como resultado que se utilizaban realmente para solventar problemas personales, sociales o laborales (i. e. acoso, clima laboral adverso, desempleo...), predominando los de índole socio-sanitario como el cuidado de enfermos y ancianos (González, Santamaría, y Capilla, 2012). Por ello, la conclusión más plausible es que la IT tiene usos estratégicos como prestación omnibus, bien como sustituto de permisos, para disponer de tiempo para el cuidado de hijos, mayores o discapacitados, para resolver situaciones laborales problemáticas o como modo de aplazar la IP (Mercader, 2009). Por otra parte, parece claro que existen problemas de sensibilización respecto a la utilización excesiva de la IT, dado que en la sociedad no hay percepción de fraude, considerando que es muy frecuente que se recurra a ellas para ocio, por falta de ética o bien para conciliación familiar (v. gr. enfermedad de algún pariente), ligados a problemas de estrés, o por insatisfacción laboral. (AEVAL, 2009; Caldas et al., 2000; Navarro y Chicano, 2003; Rodríguez y Modrego, 2010).

De todos estos datos, se extrae que hay ciertas características de las bajas que nos llevan a pensar que un número importante de las ausencias en los lugares de trabajo son debidas a causas bien diferentes de las que se recogen en la Ley para que motiven una IT, y no obstante, se están atribuyendo a éstas, otorgándoles la misma denominación.

A modo de resumen, concluimos que solicitar el alta tras la recepción de la citación para acudir a control médico o incomparecencias al mismo, la carencia de partes médicos de baja, repetición de bajas de muy corta duración o repetidas en el tiempo y previas a fechas señaladas, tener una mala percepción de la reincorporación al trabajo o de la propia salud, y que el tiempo de baja sea prolongado o que se concatenen varios procesos de incapacidad, son indicadores que advierten de que la valoración de la IT debe ser llevada a cabo con más cautela de la habitual, por ser susceptible de sospecha por una utilización perversa de la prestación.

2.2.2- Explicaciones del excesivo gasto derivado de la IT

Tres son las posibles explicaciones que podrían dar cuenta del gasto denominado superfluo que rodea a los procesos de IT (Mercader, 2009; Monreal, 2007; Tribunal de Cuentas, 2014). Por una parte están los problemas relacionados directamente con el evaluador, por otra los que conciernen al sistema, y en tercer lugar, los que se derivan del paciente. De estas explicaciones nos ocuparemos a continuación.

- a) Causas derivadas del evaluador. En cuanto a las causas provenientes del evaluador, encontramos una posible explicación de este suceso en el ánimo de demorar el alta médica o concesión de bajas sin la exploración pertinente, debido a la denominada medicina defensiva. Tancredi la definió en 1978 como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el objetivo explícito de evitar demandas por mala praxis (sin ánimo de justificación, no debemos olvidar el aumento de la judicialización de las IITT, bien por conflictos derivados de la diversidad de criterios médicos o bien por intereses económicos) (Monreal, 2007). Este tipo de hábitos implica un gran número de análisis de laboratorio, mayor número de días de estancia hospitalaria,

prescripción innecesaria de medicamentos, la concesión automática de la prórroga de IT, así como la derivación a diferentes interconsultas, por lo que conlleva irremediablemente al subsiguiente retraso en la definición de la situación y, a la larga, devalúa la relación médico-paciente. Así, aunque el médico de AP es el principal gestor de la prestación en los doce primeros meses de baja, se percibe entre éstos un escaso sentimiento de estar gestionando una prestación económica y, en muchos casos, la baja no se prescribe como necesaria para la mejoría, es decir, no forma parte del tratamiento que el médico considera conveniente, sino que es el paciente quien la demanda. Se trata, para muchos médicos, de un conflicto ético profesional (Caldas et al., 2000; Vaquero, n.d.). Para intentar hacer frente a este problema, la comisión deontológica de la Organización Médica Colegial (OMC) emitió en 2001 una Declaración de la Comisión Central de Deontología relacionada con los partes y certificados de bajas y altas laborales en AP y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. En ella se reconoce que pueden existir situaciones fraudulentas ligadas a la IT, no siendo éstas infrecuentes, y precisa el marco deontológico por el que los médicos de AP se han de guiar en la emisión de tales documentos, especificando que están obligados a expedirlos con autenticidad y veracidad, como cumplimiento del artículo 11.1 del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM), ya que se trata de escritos oficiales. Entre las directrices efectuadas se recogen las siguientes: el médico tiene el deber de comprobar mediante exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia alegada por éste, primando siempre el principio de justicia sobre el de beneficencia (art. 6.1 CEDM); está éticamente obligado a no prolongar la baja y proceder al alta una vez desaparecida la causa que motivó la IT; si sospecha de fraude ha de ponerlo en conocimiento de los Servicios de Inspección Sanitaria; y que es contrario a la ética recibir comisión o incentivo alguno, tanto por parte del asegurado para prolongar la baja, como por parte de las mutuas para disminuir el tiempo de IT. Otro problema relacionado con los médicos de AP y la IT es la falta de especialización en la materia. Así, tal y como queda recogido en múltiples encuentros de profesionales sobre esta cuestión, es necesario dotar de una mayor formación

específica a los responsables de expedir las altas y bajas laborales, con apoyos sobre aspectos organizativos, evaluación técnica y reflexión ética sobre casos de especial complejidad, ya que redundaría en una gestión y evaluación más eficiente para todos (Guillén, 2014). Al mismo tiempo, no existe un plan estructurado de investigación, actualización y formación que ayude a establecer la adecuación de la baja al problema de salud y la valoración de los efectos adversos de la situación de incapacidad, por lo que serían necesarios programas de formación continuada y renovación de conocimientos de cara a establecer prácticas de contrastada eficacia (Mercader, 2009; Monreal, 2007). Esta misma conclusión ya había sido evidenciada en el Congreso de “Incapacidad Temporal: Colaboración Institucional y Gestión Clínica” celebrado en Palma de Mallorca en junio 2003. No obstante, se ha avanzado significativamente en cuanto a modelos sobre cómo actuar en las evaluaciones de IT, disponiendo actualmente de guías y manuales sobre IT que promueven y favorecen la unanimidad de criterios (v. gr. temporales). Aún así, en lo que respecta a la preparación y reciclaje de los profesionales de este ámbito, Navarro y Chicano (2003) plantean como imprescindible un programa de formación específico para lograr una participación activa y eficiente de todos los agentes relacionados con esta casuística. Sin embargo, en el año 2014, el Tribunal de Cuentas, en una de sus conclusiones revela ciertas irregularidades en la distribución de los recursos que afectan a esta temática. Así informa que: “se destina un 8% de la financiación a la formación de profesionales en materia de IT. El INSS pone a disposición de las CCAA un programa de formación online para especialistas principalmente de las áreas de Traumatología, Reumatología, Rehabilitación y Psiquiatría. En un principio, el criterio de asignación de plazas se establecía en función de la población protegida. No obstante, se ha comprobado que la concesión fue discrecional y no relacionada con dicha población. Además, el Plan de Actuaciones señala expresamente que el conjunto de las acciones formativas realizadas cada año incluirá a menos, al 20% de los médicos de AP y el 2% de especialistas (...). Sin embargo, el cumplimiento de este objetivo no ha sido tenido en cuenta por el INSS para la distribución de los fondos” (p. 109).

Tabla 6. *Número de Procedimientos de IT Evaluados en 2011 en España por CCAA*

CCAA	Total de reconocimientos	Continuidad de IT	Alta médica por inspección	Apertura expediente de IP
Andalucía	91889	77617	12097	2175
Aragón	11812	11230	252	330
Asturias	14628	12790	1712	126
Canarias	28547	23677	4393	477
Cantabria	8791	7322	1368	101
Castilla la Mancha	8993	8180	515	298
Castilla-León	17359	15120	1816	423
Extremadura	7452	7009	293	150
Galicia	31641	26177	4662	802
Islas Baleares	7778	6918	736	124
La Rioja	1663	1568	76	19
Madrid	38469	36709	1488	272
Murcia	10994	9638	1266	90
Navarra	6612	6129	418	65
País Vasco	32305	30516	1560	229
Valencia	33695	29879	3300	516
Ceuta	77	70	6	1
Melilla	1383	1207	168	8
Total	354088	311756	36126	6206

Nota. Tribunal de Cuentas (2014).

Derivado de la escasa formación específica en este área, algunos autores afirman que en ocasiones existe un porcentaje de pacientes incorrectamente valorados, ya que los médicos de AP evidencian problemas para distinguir las enfermedades comunes de las profesionales (Mercader, 2009), especialmente las respiratorias, musculoesqueléticas y mentales. Otros estudios muestran que un 11.6% de los partes de baja, no coinciden con la historia clínica, es decir, existe un problema en cuanto a la calidad de codificación de los diagnósticos de IT (Benavides, Castejón, Gimeno, Porta, Mestres, y Simonet, 2005).

No obstante, aunque puede prevalecer la falta de formación respecto a este tema concreto, no debemos olvidar que los evaluadores disponen de muy

poco tiempo para realizar el estudio de la gran cantidad de casos que tienen que abordar a diario, con sus correspondientes revisiones y propuestas de alta o de prórroga, lo que puede convertirse en una tarea inviable para los profesionales, ya que resulta difícil ofrecer una valoración adecuada a la ingente cantidad de procesos. Así, en la Tabla 6 podemos comprobar las dimensiones que alcanzaba la IT en 2011 en España.

- b) Causas derivadas del sistema. Un segundo conjunto de factores que pueden influir en la obtención y/o prolongación indebida de la IT guardan relación con el sistema. Entre ellos podemos incluir la lentitud e insuficiente respuesta a las propuestas de alta e inicio del procedimiento de calificación de IP (Caldas et al., 2000; Monreal, 2007; Torollo, 2004; Tribunal de Cuentas, 2014). Es decir, se debería prestar especial atención al aplazamiento innecesario de la propuesta, muchas veces tardía, de una IP en situaciones en las que está claro que nos encontramos ante una contingencia de tal naturaleza. Esto, unido a un adecuado uso de la historia clínica de cada paciente, daría paso a una gestión más eficaz. Por otra parte podemos señalar como un factor que influye en el aumento de días superfluos en dichas prestaciones la escasa respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios, la masificación de consultas de medicina general, el poco tiempo del que disponen los sanitarios para poder evaluar a sus pacientes, las listas de espera para la atención especializada, para la realización de pruebas complementarias, demoras las intervenciones quirúrgicas, en las listas de espera para la rehabilitación o la descoordinación entre los distintos servicios. Por otra parte, no podemos olvidarnos de la alta tasa de judicialización de la IT, cuyas reclamaciones podrían alcanzar más del 30% del total de las demandas producidas (Caldas et al., 2000; Mercader, 2009). Además, se debe tener en cuenta que existe una falta de organización entre las entidades responsables del pago de la prestación de IT y los Servicios de Salud, que junto con la pluralidad de sujetos que intervienen en el seguimiento y el control de la prestación, provoca inseguridad y desprotección en el trabajador. No obstante, este tipo de trabas se ponen de manifiesto en multitud de congresos profesionales, artículos científicos y estudios al uso, concluyendo

unánimemente, tal y como se recoge en el punto 13 del Pacto de Toledo firmado en 1995, y el Acuerdo para la Mejora del Desarrollo y la Protección Social firmado en Madrid el 9 de abril de 2001, que sería muy positivo reforzar la coordinación entre las distintas entidades, puesto que ayudaría, en buena medida, a que se impidiese la concatenación abusiva de la IT con la prestación de desempleo, evitando también la prolongación ilícita de dicho beneficio; y en casos en que el trabajador sea llamado a reconocimiento médico, no se demore en acudir (Guardiola, 2005). En este sentido, es también imperiosa la necesidad de prestar atención a las bajas de corta duración para facilitar la detección de los *hiperfrecuentadores* (bajas cortas repetidas) y de las bajas que se suceden en días señalados, por ejemplo en puentes, antes de vacaciones, etc. Aunque en el apartado anterior se hacía mención a las guías disponibles para la evaluación de las bajas laborales, es necesario incidir en la necesidad de recurrir a las tablas de duraciones medias que estipulan la temporalidad conveniente para cada proceso en función de los distintas patologías que sufren los trabajadores y las diversas actividades laborales (art. 3 Real Decreto 575/1997), ya que un dato interesante a tener en cuenta, es que un 20% de las IITT se extienden más allá de lo que el médico que la prescribe opina que se debiera haber mantenido (días de IT superfluos, que suponen un incremento global del 30% sobre el total de días de baja) (Ministerio de Trabajo en Inmigración, 2009; Monreal, 2007). Es más, se puede decir que el 20% de las IITT son responsables del 80% del gasto (Callado, 2012).

- c) Causas derivadas del trabajador. El tercer grupo de factores relacionados con la obtención/prolongación de prestaciones de modo ilícito hace referencia al propio sujeto demandante de la baja. Múltiples variables pueden influir en el proceso, entre ellas la insatisfacción laboral, desempleo, despidos pactados, dilación en la petición de citas o consultas especializadas, etc. No obstante, el problema primordial radica en la falta de concienciación de la repercusión real de la prescripción y obtención de una prestación por IT bajo engaño, es decir, las personas potencialmente (sobre)simuladoras (Caldas et al., 2000; Daniel, 2007; Navarro y Chicano, 2003). Blasco y Pallardó (2012) refieren

que en su experiencia cotidiana en las mutuas de accidentes de trabajo se encuentran principalmente con tres tipos de simuladores, que serán las tipologías que iremos analizando a lo largo del trabajo. El primer tipo son trabajadores que, ante el inminente cese de la relación laboral o cambios organizativos no deseados, acuden al médico de AP y exponen síntomas vagos y poco específicos, comunes a multitud de situaciones o trastornos. El facultativo procede a pautar tratamiento psicofarmacológico y a proporcionar la baja médica. Así, una vez finalizado el contrato laboral el simulador sigue percibiendo ingresos que, de otro modo, solo obtendría en caso de disponer de prestación por desempleo. No olvidemos que la baja puede llegar a tener una duración de hasta 12 meses prorrogable por otros 6 meses más. Otro grupo de simuladores son los que, aunque al inicio, su baja laboral sí fue fundamentada, siguen perpetuando los síntomas preexistentes, adaptando su nueva vida al rol de enfermo. Y aunque pasado el tiempo su sintomatología ya no es incapacitante, al verse, por ejemplo, liberados del trabajo pudiendo dedicar tiempo al resto de sus tareas, pongamos por ejemplo, casa, familia, ocio, etc. al acudir al médico expone una nula mejoría para seguir manteniendo los beneficios alcanzados. Como aludiremos en capítulos posteriores, el sistema de salud, en ocasiones, está recompensando y manteniendo, en este tipo de casuística, una conducta que dista mucho de solucionar la situación. No obstante, si se realizara una correcta valoración y se propusiera, a la par que una intervención farmacológica cuando fuera necesario, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas para hacer frente a los conflictos, la casuística de las prolongaciones indebidas disminuiría, se descongestionarían las consultas de AP, y el paciente aprendería a reorganizar su vida de forma satisfactoria (Araña-Suárez, 2008). El tercer grupo está compuesto por los simuladores que realizan falsas imputaciones, es decir, que atribuyen su patología a una causa distinta del detonante verdadero. Por ejemplo, referir que su lesión o trastorno sucedió en horario laboral cuando ya lo padecían previamente o no ocurrió en dicho contexto (González, Santamaría y Capilla, 2012).

No obstante, recogiendo a modo de recapitulación todas las recomendaciones que hemos mencionado anteriormente e intentando dar solución a las dificultades con las que, a lo largo de los años, se han ido encontrando los profesionales en la evaluación de las IITT, en 2010 se publicó en Madrid el Manual para la Valoración de la Incapacidad Temporal en las Patologías más Prevalentes (Dirección General de Ordenación e Inspección y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010). En él se recogen una serie de pautas y cautelas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de realizar el estudio y el control de la baja laboral. Entre las disposiciones recopiladas se proponen como puntos clave a valorar los siguientes: evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad); tratamientos realizados y eficacia; profesión del paciente y capacidad para enfrentarse con las tareas normales de la vida diaria. Llama especialmente la atención, que en el apartado referido al análisis del tipo de trabajo realizado, se plantea por una parte el estudio de la responsabilidad y concentración que requiere el desarrollo del mismo, y por otro, averiguar si el sujeto está en situación de desempleo, si existen problemas laborales, si puede optar a un cambio de puesto de trabajo o si la empresa se traslada a otra ubicación; resaltando específicamente que se indague sobre si el trabajador está satisfecho con su trabajo, si mantiene buena relación con los compañeros y superiores, etc. De estas pautas se desprende la necesidad de ser precavidos ante los posibles intentos de simulación por los cuantiosos beneficios que puede reportar. Es decir, es imprescindible sopesar y valorar los intentos de manipulación como hipótesis alternativa al diagnóstico ya que pueden aparecer elementos espurios subyacentes para la obtención de la prestación.

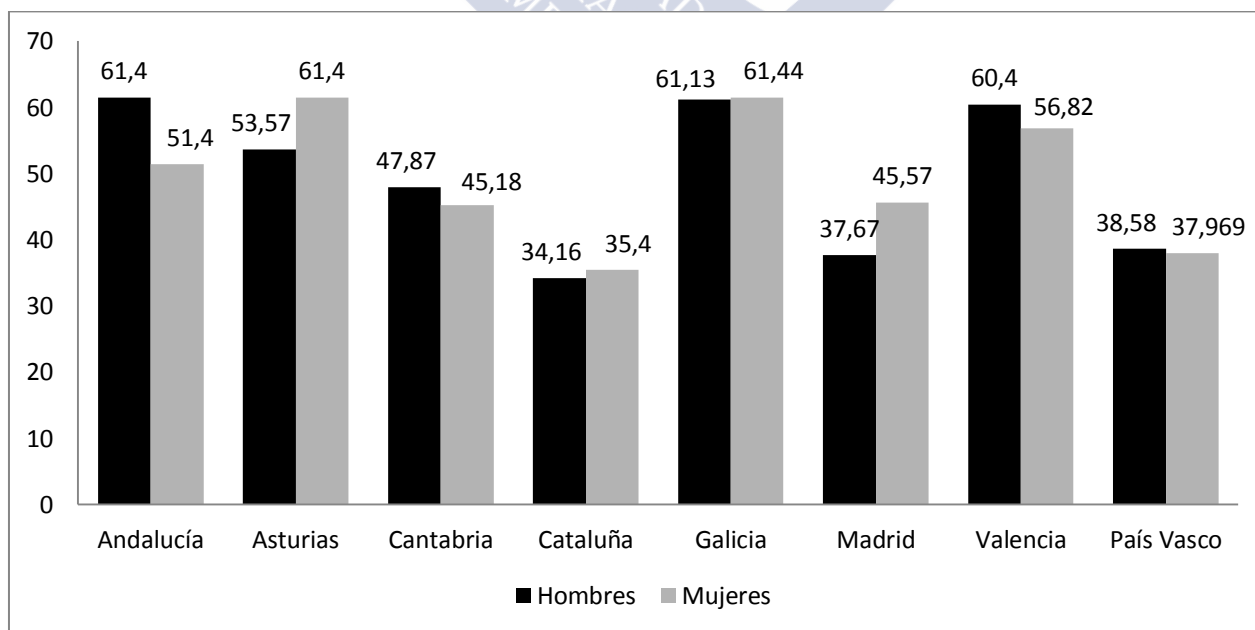
2.3.- DURACIÓN DE LOS PROCESOS DE IT

Entre las causas del absentismo laboral (i. e. puentes, horas de formación, permisos), un elevado porcentaje está explicado por las IITT (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2012a). Haciendo referencia a esta casuística, es de reseñar que no solo se observa un aumento en el número de ITCC a lo largo del tiempo, sino que también se aprecia un incremento en la duración media de dichos procesos (Livanos y Zangelidis, 2010). Como dato, destacar que en el año 2007, el lapso de tiempo de baja en un trabajador por cuenta ajena en el INSS se situaba en 37.81 días, mientras que en el 2008 era de 45.73

días y en 2010 ya alcanzaba los 48.08 días. En ese mismo año, 2008, Extremadura, Andalucía, Asturias y Valencia eran las CCAA que tenían una duración media más alta en ITCC, siendo en ésta última de casi 69 días, apareciendo como las categorías diagnósticas de mayor peso las enfermedades del aparato osteomioarticular, lesiones y trastornos mentales (SMMFyC, 2008). De este modo, se estima que el coste por afiliado al Sistema por ITCC ha aumentado un 72.50% de 1999 a 2008 (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo [AMAT], 2009). En años posteriores, 2011 y 2012, el tiempo medio de baja de las ITCC se redujo considerablemente, siendo 38.37 y 39.57 días respectivamente; sin embargo, a partir de 2013 comenzó nuevamente un ascenso hasta la actualidad, alcanzando en el año 2015 una media de 48.01 días.

En la Tabla 7 podemos ver la duración media de las ITCC en España por CCAA y su evolución en los últimos años. También encontramos diferencias en la duración media de los procesos de ITCC en función del género. No obstante, aunque algunos estudios apuntan a que las bajas de las mujeres suelen ser de menor duración que las de los hombres, no se observa una tendencia clara en esta cuestión, alcanzando alternativamente tasas superiores, hombres y mujeres, según el año consultado. En el Gráfico 7 exponemos algunos datos por CCAA, siendo la media nacional para mujeres de 45.13 días y para hombres 46.36 en el año 2014 (INSS, 2015a).

Gráfico 7. Duraciones Medias de ITCC por Género y CCAA



Nota. Medido en días. Elaborado a partir de datos del INSS (2015).

Tabla 7. Duración Media de las ITCC en España por CCAA y Años

CCAA	Duración media de los procesos con alta en		
	2011	2012	2014
Andalucía	37.66	40.21	54.69
Aragón	30.91	33.36	47.67
Asturias	45.51	48.51	53.82
Cantabria	38.06	42.51	46.38
Castilla la Mancha	40.31	46.93	60.66
Castilla y León	40.06	44.32	59.10
Cataluña	32.5	30.29	34.66
Extremadura	46	52.2	69.33
Galicia	53.17	58.59	60.91
Islas Baleares	32.91	34.07	36.49
La Rioja	32.28	34.25	41.58
Madrid	27.28	29.35	43.18
Murcia	46.53	48.45	56.42
Navarra	24.46	26	24.61
País Vasco	36.33	38.46	37.86
Valencia	50.67	51	57.16
Ceuta	29.83	32.30	43.88
Melilla	28.08	32.13	33.25
Total	35.71	37.12	45.9

Nota. A partir de datos del Tribunal de Cuentas (2014) e INSS (2015a).

Cuando cotejamos la duración media de ciertos procesos de IT producida por trastornos mentales en comparación con su duración administrativa, apreciamos un desajuste considerable. En la Tabla 8 podemos observar la duración (lapso de tiempo que comprende desde el momento de la baja hasta la fecha de alta) y la duración establecida por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (Ibermutuamur) en contraposición con los tiempos estándar óptimos recogidos en el Manual de Tiempos Estándar de IT de la SS. Hemos plasmado únicamente cinco diagnósticos, no obstante, distintos estudios señalan que más del 80% de los procesos superan los estándares establecidos por el Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2009) donde se exponen las duraciones medias (en días) que se estiman suficientes para la curación de cada patología. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que el tiempo medio de curación de cada proceso de

IT depende de diversos factores, entre ellos, el tipo de patología que lo causa (González-Barcala et al., 2006).

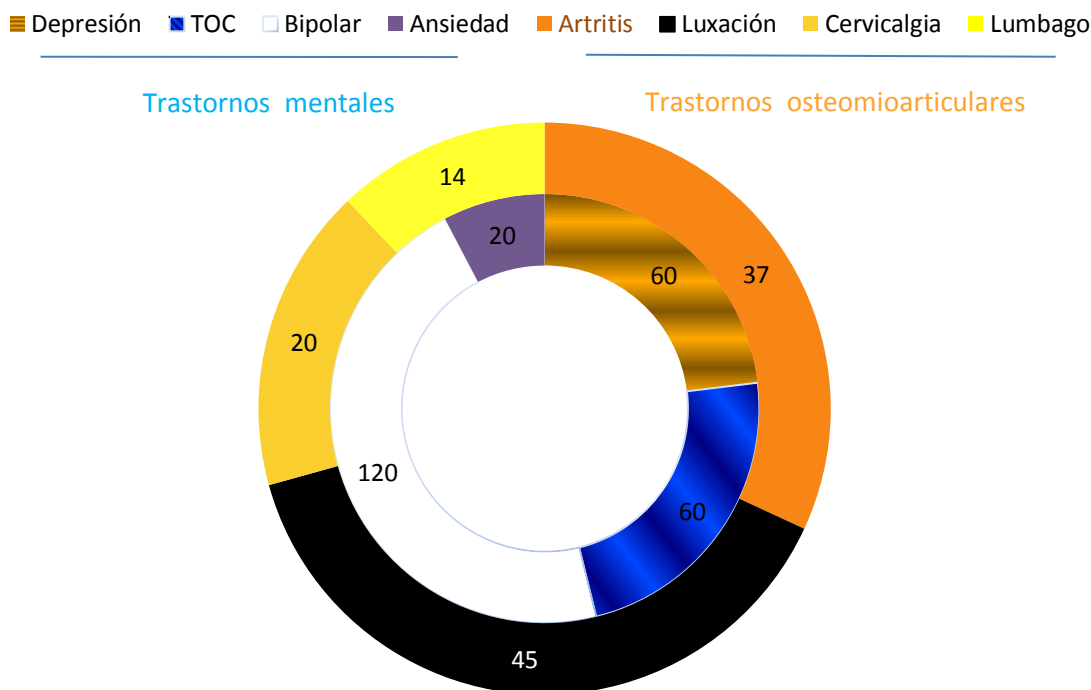
Tabla 8. Comparación de la Duración Media de las ITCC con el Tiempo Estándar

Diagnóstico	Duración media de las ITCC en días			
	Ibermutuamur	Administrativa	Estándar óptima	% de procesos que superan los estándares
Depresión mayor	98	147	60	82%
Ansiedad no especificada	71	93	20	98%
Ansiedad generalizada	74	81	30	88%
Distimia	96	118	45	85%
Tr. Adaptativos	78	88	20	98%

Nota. Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2009).

Según el Manual de Tiempos Óptimos para Incapacidad Temporal (INSS, 2013), la superación de los procesos puede oscilar entre unos pocos días como 4 días para una diarrea o una otalgia; 7 días para una gripe o una conjuntivitis; o 15 días para retinopatías diabéticas o hernias de hiato. Otras patologías requieren tiempos más moderados como 30 días para fracturas de costillas cerradas o esguinces/torceduras de muñeca; 45 días de media como pueden ser una fractura de clavícula, hernia inguinal o meningitis bacteriana; o 60 días en una mastectomía o trastorno depresivo. En tanto que también existen enfermedades con un progreso más lento que exigen una media de 90 días para una luxación de cadera o una amputación de brazo y mano; 120 días como en el caso de un infarto cerebral por oclusión de una arteria cerebral o un trastorno afectivo bipolar mixto, o 240 días para ciertas leucemias o neoplasias. En el Gráfico 8 podemos observar el tiempo medio estimado para la curación de los trastornos osteomioarticulares en contraposición a los trastornos mentales, ya que son unas de las patologías que acumulan mayor porcentaje de días de baja.

Gráfico 8. Tiempo Medio de IT según Causa



Nota. Promedio en días. Elaborado a partir de INSS (2013).

2.3.1.-Factores que influyen en la IT de larga duración

Hay diversos factores que correlacionan con las bajas laborales de larga duración, y que han de ser tenidos en cuenta en el análisis de las mismas, tanto a la hora de desarrollar programas de prevención, como en la valoración del proceso de incapacidad. Entre ellos se han señalado variables sociodemográficas y variables personales, de la estructura laboral-organizacional y las relacionadas con el tipo de patología que las provoca. No obstante, es necesario resaltar que la relación entre la lesión/trastorno y el tipo de trabajo debe ser valorada profunda y exhaustivamente, ya que una misma lesión podría tener diferentes repercusiones según la tarea que se realice (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013). Seguidamente nos centraremos en ellas.

- a) El tipo de patología. Como hemos mencionado anteriormente, el tipo de alteración o trastorno que se experimenta es una de las variables con mayor poder explicativo en cuanto a la duración de las incapacidades. En este

sentido, en el año 2012 la duración media de las bajas laborales en lo que atañe a patologías musculoesqueléticas (espalda y rodilla), trastornos de ansiedad o depresivos, hemorragias tempranas del embarazo o hernias era bastante superior a la media. Así, los trastornos de ansiedad, disociativos o somatomorfos presentan una duración media de 61 días, en tanto que para la tendinitis, intersecciones periféricas y síndromes conexos, junto a esguinces y torceduras de tobillo y pie, oscilan entre 25 y 47 días. *A priori*, parece correcto pensar que cuanto mayor sea la duración del proceso de incapacidad, mayor coste reporta, no obstante pese a que el gasto medio por persona se cifra en 2461 euros, los trastornos mentales como los anteriormente mencionados elevan la cuantía hasta 3205 euros (Vaquero, n.d.). Por otra parte, en lo que respecta específicamente a bajas de larga duración por patología psiquiátrica, podemos afirmar que son factores de mal pronóstico el mal ajuste premórbido, rasgos hipocondríacos, el predominio de síntomas de deterioro cognitivo, más de tres recaídas, alteraciones conductuales, escasa adherencia al tratamiento, o ingresos hospitalarios prolongados o reiterados (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013; INSS, 2011).

- b) Variables de la estructura organizacional-laboral. En lo concerniente a las variables de la estructura laboral organizacional debemos resaltar que existen contingencias que influyen negativamente en los trabajadores, favoreciendo, en cierta medida, la aparición de IT. Head et al. (2006) encuentran que el contexto psicosocial del trabajo predice los índices de ausencia por enfermedad, y como señalan Stansfeld et al. (1995), los factores psicosociales pueden generar patologías que aparentemente no guardan relación con éstos y que comienzan produciendo quejas y molestias aisladas, pero que posteriormente se concretan en ITCC, incrementando las tasas de ausencia por enfermedad debidas, primordialmente, a trastornos psiquiátricos. Estas variables también guardan relación con el aumento de incidentes, disminución de la productividad, etc. (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2007; Rodríguez, 2010). Así, en las organizaciones en las que se llevan a cabo trabajos con sobrecarga física, posturas forzadas, tareas monótonas, horarios poco flexibles y no adaptados a las necesidades de los empleados, junto a un contrato precario, tienen unos procesos de IT de mayor duración que las que

cuidan estos aspectos en el desarrollo del plan empresarial; apreciándose procesos de IT de corta duración en trabajadores satisfechos y de larga duración en insatisfechos (Joyce, Pabayo, Critchley, y Bambra, 2010; Vaquero, n.d.). Por otra parte, existen sectores que son más tendentes a presentar un mayor número de bajas por *burnout* como pueden ser el colectivo de médicos o enfermeras, ya que, en general, la propia organización y el trabajo realizado provocan un inadecuado diseño de los puestos, con deficiente organización, cargas de trabajo mal distribuidas, flujos pobres de comunicación e información, falta de participación en la toma de decisiones, la existencia de múltiples jerarquías, cambios repentinos en la organización, etc. (Eyré, 2010; Miret y Martínez, 2010). También la conflictividad económica de la empresa, el mal ambiente laboral o los acuerdos pactados influyen en la dilación de las IITT. Otras variables que aparecen vinculadas al tiempo de permanencia en situación de IT guardan relación con el tipo de empleador y de contrato, la estabilidad y el tamaño de la empresa (AEVAL, 2009). En ese sentido, aunque tener un contrato fijo se relaciona con una proporción mayor de IT, las bajas que se dan entre este tipo de trabajadores son de corta duración. Esta cuestión no es contraria a la tesis de que la estabilidad laboral es un factor de protección frente a estos procesos, si no que el personal que dispone de contratos fijos trabaja a más largo plazo en las empresas, conformando mayor número de días laborales, en contraposición a los contratos a tiempo parcial o de modo esporádico, por lo que es de esperar que también se produzcan mayor número de bajas en los primeros. En lo que respecta al tamaño de las empresas, como hemos comentado, en las grandes sociedades existen más bajas que en las pequeñas. Esto puede derivarse de una gestión del personal más flexible a medida que crece el tamaño de la empresa, haciendo posible que las IITT se prolonguen y las organizaciones ejerzan menos control sobre las mismas (Alba, 2009).

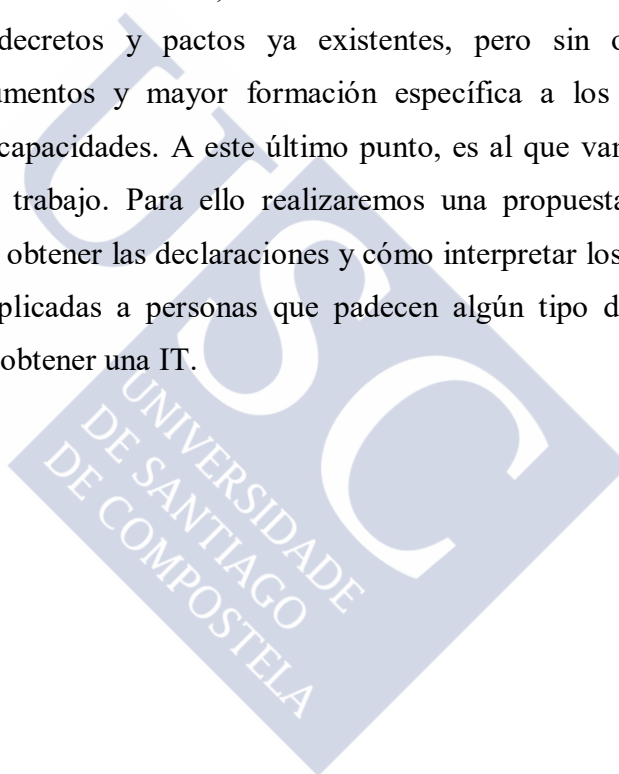
- c) Variables sociodemográficas y variables personales. En este apartado se incluyen variables como la edad, el género, el nivel de estudios, y ciertos hábitos de vida no saludable (i. e. consumo de alcohol o sedentarismo) como factores que ponderan el número y duración de las IITT (AEVAL, 2009; Tous-Pallarès et al. 2014; Vaquero, n.d.). Así, se encuentran como predictores

de un mayor porcentaje de IITT bajos niveles educativos, profesiones no cualificadas, sedentarismo, ser fumador, padecer insomnio (significativo tanto en hombres como en mujeres y en todas las edades), problemas de adaptación del individuo, etc. En cuanto a la edad, aunque parece haber cierta discrepancia entre los distintos estudios, la mayoría apuntan a que se producen un mayor número de IITT en el rango de edad comprendido entre los 25-35 años, comenzando a descender de modo drástico a partir de los 45-50 años. Concretamente, en el caso de los hombres, las IITT se incrementan hasta los 55 años, mientras que en las mujeres su incidencia es mayor en edades comprendidas entre 29-34 años. El estado civil influye en hombres y no en mujeres, es decir, aparece un mayor porcentaje de solteros de baja. En cuanto al género, se puede afirmar que en mujeres las bajas laborales no sólo tienen que ver con el empleo, sino con otros factores de tipo psicosocial como es la carga de trabajo en el hogar, las dobles jornadas, etc. Así, altas demandas familiares (persona dependiente o menores a su cargo) pueden contribuir a que surjan incapacidades laborales relacionadas, sobre todo, con trastornos mentales, en especial si se acompañan de demandas importantes también a nivel laboral (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez, y Zamora, 2010; Velasco, Vilariño, González-Amado, y Fariña, 2014). Tanto es así, que pueden llegar a duplicar el tiempo de curación estándar asociado a su diagnóstico. No obstante, en líneas generales, los trastornos depresivos que dan lugar a IT suelen ser de mayor duración en hombres que en mujeres (Cruz, Serna, Torres, Gascó, Galván, y Martín, 2007; INSS, 2015a). Por otra parte, estar pendiente de pruebas complementarias, rehabilitación o derivación a asistencia especializada supone un incremento importante en la probabilidad de duplicar el tiempo estándar en ambos sexos (Caldas et al., 2000; Vaquero, n.d.). Asimismo, los deseos de renta, el retraimiento social o el deficiente apoyo socio-familiar también aumentan, en general, los días de baja (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013; INSS, 2015b).

Para finalizar, aunque no es una variable como tal, no debemos olvidar la influencia que pueden desempeñar los factores relativos al facultativo que emite el alta como pueden ser la cualificación profesional, la falta de documentación y seguimiento, la

complejidad bibliográfica, si existe tendencia a la medicina defensiva o no, etc. ya que el tiempo previsto para la curación de una incapacidad es difícil de establecer y debe ajustarse a cada caso concreto según la naturaleza de la lesión, las circunstancias personales, empresariales, etc.

Una vez analizados todos los aspectos definitorios y característicos de las bajas laborales, consideramos necesario tomar todas las precauciones oportunas para atajar cuanto antes las situaciones abusivas y altamente perjudiciales para todos, en lo que respecta a la obtención de subsidios por IT de modo perverso, máxime cuando hablamos de fondos públicos, donde toda ineficiencia es injusta. Por ello, coincidimos en la importancia de que, desde la Administración, se tomen todas las medidas oportunas y se hagan cumplir todos los decretos y pactos ya existentes, pero sin olvidarnos de proporcionar mejores instrumentos y mayor formación específica a los profesionales encargados de valorar las incapacidades. A este último punto, es al que vamos a intentar aportar luz con el presente trabajo. Para ello realizaremos una propuesta sobre cómo detectar la simulación, cómo obtener las declaraciones y cómo interpretar los resultados de las pruebas psicométricas aplicadas a personas que padecen algún tipo de enfermedad mental y son susceptibles de obtener una IT.



CAPÍTULO 3: LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA IT: BAREMOS, MANUALES Y GUÍAS

A lo largo de este capítulo haremos una descripción de los trastornos mentales que, por sus características, podrían ser susceptibles de causar IT y de la gran relevancia que reviste la evaluación de las limitaciones funcionales que se derivan del trastorno, y no tanto del diagnóstico en sí. Asimismo analizaremos cuáles son los mayores inconvenientes con los que se encuentran en su día a día los agentes encargados de valorar las IITT, y qué consecuencias acarrear los diagnósticos erróneos. Por último, expondremos los diversos manuales y guías que existen actualmente y sirven de orientación para establecer pautas y unificar criterios de cara a la valoración de las bajas, bien en cuanto a tiempos estándar, o estableciendo las características mínimas necesarias para realizar una correcta evaluación de las mismas.

3.1.- COMPETENCIA EN LA VALORACIÓN DE LAS INCAPACIDADES

Existen diversas entidades encargadas de valorar las incapacidades en función del tipo de contingencias a las que hagamos referencia, minusvalías, incapacidades laborales temporales o permanentes, etc.

Así, las minusvalías están legisladas mediante el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad. Este RD establece unos baremos específicos para la enfermedad mental, en el capítulo 16, que han sido modificados por el Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre. Concretamente, esta reforma atañe a la redacción de las limitaciones de la actividad muy graves dentro del apartado de la Clase V y suprime la obligatoriedad de señalar el tipo de deficiencia en la resolución del reconocimiento de discapacidad, protegiendo así la privacidad de la información personal; lo cual no es óbice para que el interesado pueda solicitar tal información si es menester, evitando connotaciones peyorativas y promoviendo la autonomía individual. De este tipo de valoraciones se encarga el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) aunque para la emisión de

dictámenes técnico-facultativos, serán dependientes de los órganos correspondientes de las CCAA a quienes les hubieren sido transferidas las funciones en dicha materia. Los equipos serán multidisciplinares y formarán parte de ellos, al menos, médico, psicólogo y trabajador social. Entre las funciones de éstos órganos están las siguientes:

- a) Efectuar la valoración de las situaciones de minusvalía y la determinación de su grado, la revisión del mismo (agravación, mejoría o error de diagnóstico), así como también determinar la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria y las dificultades para utilizar transportes públicos colectivos.
- b) Determinar el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de minusvalía por agravación o mejoría.
- c) Aquellas otras funciones que, legal o reglamentariamente sean atribuidas por la normativa reguladora para el establecimiento de determinadas prestaciones y servicios.

Para alcanzar este objetivo, los órganos técnicos competentes podrán recabar de otros profesionales los informes que consideren pertinentes. En cuanto a la revisión de grado, la discapacidad se examinará siempre que se prevea mejoría de las circunstancias que la provocaron, debiendo fijarse el plazo en que debe efectuarse la nueva exploración. En caso contrario, no se podrá instar revisión por agravamiento o mejoría hasta que haya transcurrido un plazo mínimo de dos años desde la resolución (art. 11 Real Decreto 1971/1999). Existe una salvedad, y es que se acredite el error diagnóstico o haya cambios sustanciales en las circunstancias que dieron lugar al reconocimiento de grado, en cuyo caso sí se podría proceder a la revisión sin que hubiera transcurrido el tiempo fijado.

En relación a las incapacidades laborales, las de menor gravedad son las IITT. Los principales gestores de estos subsidios, cuando se derivan de contingencias comunes, son los médicos de AP, excepto si se trata de una recaída tras un alta emitida por la inspección médica del INSS. En este caso, éste será el único que podrá volver a emitir una baja por la misma o similar patología. En lo referente a las IITT surgidas a raíz de contingencias profesionales, la competencia para la emisión de las bajas está en manos de las mutuas colaboradoras de la SS, o en su caso, del médico de AP si existen concierto con el INSS. Los partes de confirmación, según el Real Decreto 625/2014 de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por IT en los

primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, estipula que la periodicidad de las mismas se estimará en función de la patología causante y la duración prevista en el momento de la baja, describiéndose cuatro grupos de procesos:

- a) Las de duración estimada inferior a cinco días, emitiendo parte de baja y alta en el mismo acto médico.
- b) Las de duración estimada entre cinco y treinta días, emitiendo el primer parte de confirmación a los siete días, y el resto con un máximo de catorce días entre ellos.
- c) Las de duración estimada entre treinta y uno y sesenta días, expidiendo el primer parte confirmatorio a los siete días y, los sucesivos, cada veintiocho días como máximo.
- d) Y las de duración estimada de sesenta y uno o más días, otorgando el primer parte de confirmación a los catorce días y los siguientes, con una cadencia de cómo máximo, treinta y cinco días.

En cuanto a la emisión de los partes de alta, éstos pueden ser otorgados por los médicos del servicio público de salud o de las mutuas en caso de tratarse de contingencias profesionales o de estar cubiertas por éstas siempre que sean por curación, mejoría, fallecimiento, jubilación o propuesta de IP. Como comentábamos anteriormente, en caso de haber transcurrido 365 días, actúa el inspector médico del INSS para la emisión del alta, y también en caso de realizar una propuesta de IP. Las IP pueden surgir por haber agotado el plazo máximo y no hallar mejoría o, *a fortiori*, sobrevenir si el trabajador sufre un evento de envergadura suficiente como para causarlo directamente. Sea cual fuere la génesis, la competencia de este tipo de valoraciones recae sobre los EVI. Éstos están legislados por el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la SS, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

En cada Dirección Provincial del INSS, y con encuadramiento orgánico y funcional en la misma, se constituirá un EVI, existiendo la posibilidad de crear más de uno cuando el número de casos a solventar o por las características de algún sector laboral así se aconseje. Así, dando cumplimiento a la normativa, la Resolución de 21 de enero de 1998, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se constituye el equipo de valoración de incapacidades en determinadas Direcciones Provinciales del INSS, crea

los primeros EVI en Almería, Cádiz, Huelva, La Coruña, Lugo, Orense y Vizcaya, instaurándose paulatinamente en el resto de las direcciones provinciales.

Inicialmente, en la composición de los EVI figuraban un médico inspector, un facultativo médico del INSS, un inspector de trabajo y SS, y un funcionario administrativo. Asimismo, también incluyeron un experto en recuperación y rehabilitación y un experto en seguridad e higiene en el trabajo. Es decir, no existía la figura del psicólogo dentro de los EVI. Sin embargo, en 2008, del convenio prístino entre la Dirección General del INSS y el Consejo General de Colegios Oficiales del Psicólogos nace el Manual de evaluación de requerimientos para la valoración de la capacidad laboral (MERCAL). Este protocolo es único hasta la fecha, ya que incorpora, por primera vez, la necesidad de evaluación de aspectos psicológicos, y no sólo médicos, como se venía realizando. Este punto de inflexión implica que, a partir de este momento, se crea un equipo de profesionales integrado fundamentalmente por psicólogos que emiten el denominado informe de antecedentes profesionales que valora la capacidad profesional/laboral atendiendo a variables de orden psicológico (requerimientos del puesto y capacidades del trabajador), que junto con un informe médico, dan lugar a la determinación o no de la existencia de incapacidad laboral permanente, cuantificando, en su caso, la gravedad que le corresponda.

Entre las diversas funciones atribuidas a los EVI podemos destacar las siguientes:

- a) Estudiar, en las situaciones de invalidez permanente, las circunstancias e incapacidad o no del trabajador elevando al director provincial del INSS las propuestas (no vinculantes) sobre la anulación o disminución de la capacidad para el trabajo en los supuestos de revisión, bien por mejoría, agravación, error diagnóstico o contingencia causante.
- b) Determinar la procedencia o no de la revisión por previsible mejoría.
- c) Establecer el plazo a partir del cual se podrá solicitar la revisión de grado.
- d) Estipular el carácter común o profesional de la enfermedad que dio lugar a la situación de IT o muerte del trabajador cuando le sea solicitado.
- e) Disponer la procedencia o no de prorrogar el periodo de observación médica en la casuística de enfermedades profesionales.
- f) Realizar el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas de IT y, en coordinación con los restantes órganos competentes

en esta materia, plantear al director provincial del INSS la adopción de medidas oportunas.

- g) Asesorar y orientar técnicamente en los procedimientos contenciosos en los que esté inmerso el INSS en materia de incapacidades laborales.

Para la instrucción del procedimiento de declaración de invalidez es necesario aportar el alta médica y el historial clínico, o en su defecto, el informe de la Inspección Médica del Servicio de Salud. Como hemos comentado anteriormente, la propuesta del EVI, estará acompañada de un informe médico consolidado en forma de síntesis recogiendo todo lo referido o acreditado en el expediente, un informe de antecedentes profesionales y los informes de alta y cotización que condicionan el acceso al derecho. Además, el INSS podrá practicar cuantas pruebas médicas y exploraciones complementarias estime necesarias para complementar la valoración. Posteriormente se concederá audiencia a los interesados para que aleguen las consideraciones oportunas. Existe un plazo máximo de 145 días para la resolución. Si en dicho margen temporal no se obtiene respuesta, el silencio administrativo indicará que la solicitud ha de entenderse denegada.

En conclusión, las ITCC son gestionadas, *grosso modo*, por el médico de AP y las mutuas colaboradoras, actuando éstas en mayor medida sobre las contingencias profesionales. Transcurrido el plazo máximo permitido por la ley para prorrogar la IT o ante una valoración de IP, entran en juego los EVI.

3.2.- CONSECUENCIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS ERRÓNEOS

La literatura indica que los gestores de las IITT encuentran dificultades a la hora de discernir si se encuentran ante contingencias comunes o enfermedades profesionales. Además, en ocasiones nos topamos con diagnósticos imprecisos que dificultan tanto la recuperación como la reinserción al mundo laboral. Así, es necesario dar cuenta de las consecuencias de una calificación errónea, por qué se producen, y qué podemos hacer para aumentar la precisión diagnóstica. Para ello, resulta de interés analizar las características y los problemas que generan los dictámenes relacionados con la salud mental e IT teniendo en cuenta las complicaciones que surgen tanto para una correcta clasificación como para la

prescripción adecuada de tratamiento. De este modo, incidiremos en aspectos que modulan el reconocimiento de síntomas, el curso clínico de los trastornos, la sensibilidad diagnóstica, la relevancia de la diferenciación de fases y las etapas en la evolución de los cuadros clínicos psicopatológicos, ya que son características esenciales en la determinación y cuantificación del inicio y duración de las IITT en Salud Mental (Araña-Suárez, 2008). Como veremos a continuación, estas dificultades diagnósticas generan, en multitud de ocasiones, la prescripción de un tratamiento inadecuado, influyendo negativamente en el reingreso al trabajo y provocando el retraso en la mejoría del asalariado.

En cuanto al número de diagnósticos erróneos, diversos estudios señalan que los médicos de AP clasifican incorrectamente, tal y como hemos expuesto, un elevado porcentaje de contingencias profesionales y comunes (Guillén, 2014; Mercader, 2009), especialmente las respiratorias, musculoesqueléticas y mentales. Pero además, también se ha observado un considerable número de juicios médicos errados y tratados de modo inapropiado (Caballero et al., 2014), apreciándose las discrepancias más altas entre la detección de los trastornos de ansiedad, afectivos y adaptativos (Landa, Goñi, García de Jalón y Lizasoain, 2008). En ocasiones, ni siquiera cumplen los criterios precisos para ser considerados un trastorno, sobre todo en lo que compete a los trastornos mentales. Los resultados descubiertos por el estudio de Van Os et al., (1999) señalaban que la eficacia en la clasificación de un diagnóstico correcto no alcanzaba el 50%. Así se ha encontrado que un 11.6 % de los partes de baja, no coinciden con la historia clínica, es decir, existe un problema en cuanto a la calidad de codificación de los diagnósticos de IT (Benavides et al., 2005). En Asturias, por ejemplo, se analizaron 29 diagnósticos de cáncer de mama masculino y 44 procesos de cáncer de hueso hallando que en el primer caso, ninguno de ellos se confirmó en la historia clínica ni en el conjunto mínimo básico de datos; mientras que en la segunda casuística, dos casos coincidieron con el conjunto mínimo básico de datos y 13 con la historia clínica (Rodríguez y Morote, 2008). Otros trabajos han comparado los diagnósticos y prescripciones efectuados en centros de medicina general, sometiéndolo a análisis, y los resultados muestran que más del 31% presentan afectación psicopatológica, pero el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico aplicado es incongruente. La gravedad de la cuestión radica en que ese porcentaje de personas está tomando fármacos de forma incorrecta (Cruickshank, MacGillivray, Bruce, Mather, Matthews, y Williams, 2008), sin tener en cuenta lo que esto pueda provocar en el

paciente, y pudiendo repercutir negativamente en la curación y en el afrontamiento de la enfermedad. La escasa precisión diagnóstica también se pone de manifiesto a través del aumento de casos incluidos en la categoría denominada “causa mal definida” que ocupa la tercera posición en cuanto a frecuencias relativas de ITCC, aumentando hasta 2006 en un 8%. Si atendemos a la cantidad de procesos de IT incluidos en esta categoría por géneros, encontramos en 10 años un total de 54185 casos de hombres, y 43455 casos de mujeres. Esta suma de subsidios sin un diagnóstico bien definido influye tanto en la prescripción de la baja como en la evolución del proceso (Vázquez, 2011). No obstante, este problema no es nuevo, dado que en un estudio realizado en la ciudad de Játiva en el año 1994, también se hallaron resultados similares con un 12.91% de procesos con diagnóstico impreciso, aglutinado en categorías como síntomas, signos y estados morbosos mal definidos y el grupo “otros”, generando un 15.39% del total de días perdidos (Oliver, Pastor, Roig, y Chover, 1994). En la Tabla 9 se muestran algunos síntomas, signos y causas mal definidas y el tiempo medio de baja necesario para su curación.

Tabla 9. *Tiempo Estándar de Síntomas, Signos y Estados mal Definidos*

Causa de baja	Tiempo estándar de baja
Vértigo y mareos	7
Alteraciones del sueño	10
Malestar y fatiga	4
Cefalea	4
Síndrome de fatiga crónica	30
Dolor de garganta	4
Tensión arterial elevada sin diagnóstico de hipertensión	4

Nota. Elaboración propia a partir de datos del Manual de Tiempos estándar de la IT (2009). Tiempo en días.

Las consecuencias de un mal diagnóstico, o que éste sea poco preciso, pueden acarrear secuelas irreversibles derivadas a su vez, de un tratamiento inadecuado. Sin ánimo de ser exhaustivos, algunos de los posibles resultados negativos pueden ser tratamientos contraproducentes, cronificación del trastorno por no haber actuado a tiempo ya que una pronta detección facilita las actuaciones precoces, cruciales en muchos casos, favoreciendo la derivación a otros profesionales. Por otra parte, un diagnóstico acertado es imprescindible para la elección del tratamiento idóneo y las medidas específicas a adoptar (Guillén, 2014). En consecuencia, es necesario que tanto médicos como psicólogos sean

capaces de ofrecer un dictamen unánime ante un mismo grupo de síntomas, ya que hoy en día no es inusual que si una persona presenta diversos informes, con una alta probabilidad, aparecerá un diagnóstico diferente en cada uno de ellos.

Por otra parte, nos encontramos ante el apogeo de tratamientos meramente farmacológicos, a pesar de que cualquier modalidad de psicoterapia, es capaz de contribuir de forma notable a la reducción de síntomas (Wolf y Hopko, 2008). Así, los antidepresivos pueden ser efectivos cuando están bien indicados, pero en cerca del 50% de los casos la prescripción de los mismos en AP se realiza a sujetos que no cumplen los requisitos necesarios para establecer un diagnóstico psiquiátrico (Lozano, Ortiz, y González, 2014; Pini y Tansella, 1998). Es más, estudios recientes señalan que sólo el 25% de los sujetos con depresión que acuden buscando ayuda a AP son derivados a atención especializada (Caballero et al., 2014). En este sentido, se ha detectado en Centros de Madrid, que un 24.4% de los pacientes derivados a las Unidades de Salud Mental por su médico de cabecera, no presentaban trastorno mental diagnosticable, aunque la mitad acudía con antidepresivos pautados (Ortiz, 2004); alcanzando en otras investigaciones un porcentaje del 50% (Lozano, Ortiz, y González, 2014). Este es un problema actual que va en aumento, y que debe preocuparnos por las diversas implicaciones que presenta. Dicho fenómeno tiene su origen en la medicalización y la prescripción de fármacos a diversos problemas de la vida cotidiana (v. gr. miedo, rabia, tristeza), pasando a ser consideradas como entidades que precisan tratamiento cuando, en la mayoría de las ocasiones, no es así. Pero la prescripción de fármacos a casos que no pueden ser diagnosticados de trastorno mental no ocurre solo en AP, sino también en los servicios de Salud Mental (Caballero et al., 2014). Se han llevado a cabo estudios que comparan ambas situaciones, es decir, la medicación impuesta a los sujetos que no cumplen criterios de trastorno mental, y la prescrita a los que sí cumplen los requisitos para un diagnóstico, encontrando que a los primeros se les pautan más benzodiazepinas, y los segundos antidepresivos y neurolepticos. Este tipo de prescripción no tiene fundamento científico, es éticamente cuestionable y puede dañar a los pacientes produciendo iatrogenia, exponiéndolos a los diversos efectos secundarios que se derivan de su mal uso, siendo además, un gasto innecesario en los servicios públicos. En lo referente a las razones del incremento en la prescripción farmacológica, que por otra parte, no logra reducir la duración de las IITT, se señala el aumento del número de indicaciones aprobadas para estos fármacos, la ampliación del rango de edad de los pacientes que las

toman, el hecho de que cada vez se recetan con mayor frecuencia a niños y adolescentes, la intensa promoción que realiza la industria farmacéutica, su indicación en problemas que no constituyen una entidad clínica aunque se les mencione como ansiedad o depresión, etc. (Ortiz, Lozano, y Fernández, 2005).

Las principales fuentes de error en el diagnóstico suelen provenir de las siguientes tendencias: centrarse en lo conocido partiendo de la drástica división entre trastornos orgánicos y trastornos funcionales o psicológicos; la realización de diagnósticos sindrómicos genéricos, más fáciles de adoptar que los diagnósticos precisos; los diagnósticos intuitivos, con empleo de pocos elementos de valoración y juicio, basados en la sagacidad del clínico más que en la sistematización en la recogida de información de datos clínicos, sin el necesario estudio de criterios preceptivos para cada diagnóstico; la excesiva confianza estadística, amparada en la epidemiología, con rutinas diagnósticas y prescriptivas; la desconsideración de aspectos como el género, etnicidad, edad, condición social, que continúan siendo fuentes de error en la valoración psicopatológica, etc. (Gastó, 2008). Para solventar estos problemas y para la realización de una correcta clasificación, el llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial se establece como una estrategia primordial para seleccionar los elementos indispensables y reducir al máximo las probabilidades de error (Blanco, Seijo, y Arce, 2016; González et al., 2012); no obstante parece no ponerse demasiado en práctica. Por otra parte, los profesionales no deben guiarse únicamente por su experiencia, sino que es necesaria la utilización de todos los medios técnicos y científicos a su alcance para garantizar que dicho diagnóstico sea acertado, sirviéndose de la evidencia científica al uso, y realizando exploraciones exhaustivas. Por otra parte, no olvidemos los riesgos de conceder el alta sin haber descartado hipótesis alternativas o cerciorarse previamente de que el sujeto está en condiciones de incorporarse al trabajo (Vázquez, 2011). Asimismo, la formación de los profesionales también ocupa un lugar destacado, ya que diversos estudios han puesto de manifiesto carencias en la misma, en ocasiones en temas tan centrales como la psicopatología, en materias de salud laboral o en la gestión de la figura jurídica de la IT. La gran heterogeneidad en la docencia recibida conlleva un modo de actuar determinado, de ahí que en no pocas ocasiones exista una ingente variabilidad en la duración de procesos de IT que tienen una etiqueta similar (Mercader, 2009; Rodríguez y Modrego, 2010; Van Os et al., 1999). Así, los médicos tienden a entender las bajas laborales como un asunto burocrático-administrativo y no

como un hecho científico derivado de un juicio clínico, siendo poco conscientes de la responsabilidad social y económica que estas decisiones conllevan (Esteban y Abellán, 2001). Al mismo tiempo, se aprecia una falta de hábito de derivación a especialistas (Caballero et al., 2014), descoordinación entre los Centros de Salud Mental, y la propia composición de los servicios, que favorece la existencia de culturas, lenguajes y filosofías diferentes, dificultando la comunicación y la unanimidad de criterios (Bilsker, 2006). En cuanto a la problemática de la prescripción de tratamiento antidepresivo a personas que no lo necesitan, no es solo un asunto de iatrogenia médica, sino que contribuye a patologizar situaciones emocionales normales, que, a pesar de su carácter desagradable, resultan adaptativas y necesarias para afrontar los avatares vitales. Un abordaje terapéutico correcto, proporcionando información sobre cómo hacer frente a estos momentos con racionalidad y eficacia, disminuiría la duración del episodio, ayudaría a prevenir posibles recaídas, reduciría el gasto, y mejoraría de manera considerable la situación del paciente. Para ello, si es necesaria la prescripción de un fármaco, el proceso debería ir acompañado, ya no solo del ofrecimiento de información a la persona interesada, sino también a su familia, proporcionando instrucciones y advertencias en el momento de elección de un medicamento y de su forma farmacéutica. Estos pequeños gestos mejorarían la adherencia al tratamiento. Además, no debemos olvidar que la reincorporación laboral también debe formar parte de la estrategia terapéutica, ofreciendo orientación y facilitando la transición al regreso al mundo laboral. Sin embargo, encontramos carencias en estas recomendaciones básicas (Araña-Suárez, 2008).

En conclusión, algunas de las causas de la inadecuada codificación diagnóstica pueden ser, la complejidad que conlleva la valoración de los trastornos mentales (y otras muchas enfermedades, como acabamos de ver), así como el gran número de casos surgidos a lo largo del año, lo que sobrecarga, aún más si cabe, a quienes les corresponde conceder las incapacidades laborales. Por otro lado, el poco tiempo del que disponen los profesionales, ya que generalmente son los médicos de cabecera los que emiten las bajas, conlleva, en ocasiones, a prórrogas indebidas, imposibilidad de detección de (sobre)simulaciones, diagnósticos erróneos o concesiones de altas cuando los pacientes no están completamente recuperados para incorporarse a la actividad laboral, sin olvidarnos, de que en numerosas ocasiones, existe falta de actualización de conocimientos y

procedimientos generados por la ciencia. En este sentido, hay un cierto porcentaje de profesionales que no disponen de formación especializada para el estudio de la simulación, y según la literatura científica, en las contadas ocasiones en las que ésta se sospecha, rige la inexistencia de la aplicación de protocolos multimétodo para su valoración (Santamaría et al., 2013).

3.3.- TRASTORNOS MENTALES E INCAPACIDAD

En este apartado definiremos diversos conceptos directamente relacionados con las incapacidades y que, tal y como aconseja la OMS (2001), son imprescindibles para realizar una valoración; a la par que estableceremos qué tipo de trastornos mentales pueden dar lugar a IT, ya que ciertas patologías, por su carácter crónico/permanente (v. gr. trastornos psicóticos) no serán incluidas en esta categoría.

3.3.1.- Concepto de enfermedad mental vs. trastorno mental

El concepto de enfermedad mental entendido como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos (considerando la normalidad con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo) que se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida, ha quedado obsoleto por aglutinar un gran número de patologías de diversa índole, siendo muy difícil definirlo de forma unitaria. Por ello, actualmente se tiende a hablar de cada trastorno de forma particular, lo que conlleva a que la mayoría de los autores consideren más adecuado utilizar, en el campo de la salud mental, el término trastorno mental (que es el que manejan los dos sistemas clasificatorios de enfermedad más importantes: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud y el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales. De este modo el DSM-V (APA, 2014) conceptualiza cada trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o

psicológico con significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., duelo ante la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. Es necesario hacer un aparte para esclarecer las diferencias entre diversos conceptos relacionados con las incapacidades, que, en general, se utilizan como sinónimos, pero en realidad presentan matices diferentes (ver Tabla 10).

Tabla 10. *Conceptos Relacionados con las Incapacidades*

Concepto	Definición
Deficiencia	Toda pérdida o anomalía de una estructura o de la función propia, bien sea psicológica, fisiológica o anatómica.
Discapacidad	Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (es la consecuencia que la deficiencia produce)
Minusvalía	Situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales

Nota. OMS (2001).

En este sentido, la OMS (1946) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 100); entendiendo como enfermedad, cualquier alteración del estado de salud, es decir, pérdida transitoria o permanente del bienestar físico, psíquico o social. Posteriormente, también se conceptualizó la salud como aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social donde viven (OMS, 1997). Con estos dos conceptos en mente, la Clasificación

Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM-2) (OMS, 1999), que mediante sucesivas revisiones se ha venido a denominar Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001) expone los diversos ámbitos a valorar cuando una persona está afectada por algún tipo de patología, enfermedad o trastorno.

Es decir, la OMS advierte de la relevancia de enfocar los procesos dentro de un modelo biopsicosocial y de evaluar el funcionamiento (tal y como deja patente en el título) de un sujeto en múltiples ámbitos de su vida, y no tanto en lo que significa un diagnóstico de modo aislado. Por ello, a la hora de realizar valoraciones existen siempre tanto aspectos negativos como positivos. Cuando tratamos de establecer qué tipo de limitaciones afectan a la persona, bien sean limitaciones en la actividad, restricción de la participación o el tipo de barreras y obstáculos con los que se encuentra, estamos ante la parte negativa. No obstante, en cuanto a la parte positiva, debemos plasmar también la integridad de otras funciones o estructuras, el tipo de actividades que el individuo puede realizar, el grado de participación y los facilitadores con los que cuenta (OMS, 2001). Por ello esta clasificación intenta abarcar todos los aspectos de la salud y también los componentes del bienestar que se muestren relevantes para ella, describiendo los diversos dominios de modo exhaustivo. De este modo, una evaluación sobre la salud y los estados de salud deberán incluir la valoración de constructos como actividades, nivel de participación (tanto individual como social), y los diferentes grados que cada uno puede alcanzar. Es decir, el modelo promovido desde la OMS entiende la discapacidad como una parte o expresión de un determinado estado de salud, pero ello no implica que el sujeto deba ser considerado enfermo. En consecuencia se amplía el ámbito de la clasificación, enriqueciéndola, para poder describir también los aspectos positivos preservados de los que dispone la persona, poniéndolos en relación con el contexto en el que se encuentra inmerso (Moro, Solano, Frades, Salazar, Pena, y Asuero, 2013; OMS, 2001). Así, esta nueva perspectiva incluye, por una parte la discapacidad que limita alguna de las posibilidades de la persona evaluada, pero también expone las cualidades y capacidades que posee y quedan preservadas. Por ello no se trata de clasificar a los individuos, sino las características de salud de las personas, lo que supone que los sujetos no sean reducidos o caracterizados sobre sus deficiencias o limitaciones. El término enfermedad pasa a ser sustituido por los estados o condiciones de salud que serán clasificados en función de la CIE, estudiando las

capacidades y el desempeño que puede realizar el evaluado o en qué medida se ven afectados por un determinado estado de salud. Este modo de valoración influye positivamente sobre la persona, ya que también se resaltan sus cualidades y su potencial atendiendo a la gran riqueza individual. Es decir, dos personas con la misma enfermedad pueden no presentar el mismo nivel de funcionamiento, y dos personas con el mismo nivel de funcionamiento no tienen por qué presentar la misma condición de salud. Por todo ello, la OMS propone, en su modelo, recoger información sobre todos los aspectos que afectan a las personas en relación con el medio, desde factores personales, desarrollo de actividades, a contextuales, incluyendo en ellos, tanto variables facilitadoras como barreras con las que se puede topar (ver Figura 2).

Figura 2. Aspectos a Tener en Cuenta para una Correcta Valoración



Nota. OMS (2001).

Una vez hecha esta aclaración, nos disponemos a ilustrar cómo diversos trastornos mentales pueden originar una IT, debiendo tener en cuenta que no tanto los trastornos en sí, sino la severidad de las limitaciones que provocan en relación con el trabajo que realiza la persona, son las que permiten establecer realmente la magnitud de la IT.

3.3.2.-Trastornos mentales que pueden generar IT

Para la obtención de una IT no es suficiente el padecimiento de una enfermedad o trastorno (OMS, 2001; Rubio, 1999), sino que éste ha de causar una interferencia en el funcionamiento del individuo, impidiéndole desempeñar las tareas para las que ha sido contratado. Es decir, que es necesario establecer la relación entre la patología y los impedimentos para ejecutar los requerimientos que se esperan de ese individuo en su contexto; debiendo reseñar de qué modo y en qué grado se ve afectada la realización de su trabajo a raíz de dicha enfermedad o trastorno (Trabazo, 2006). A su vez, la discapacidad, se entiende como una desventaja que presenta un sujeto en su medio social respecto a los roles desarrollados por otros sujetos según su edad, género, valores sociales y culturales de ese mismo entorno (Pineault y Daveluy, 1992; OMS, 2001). Esto es, la objetivación de la deficiencia en el sujeto y la repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género, etc.) (OMS, 2001). En la Tabla 11 presentamos un resumen de los puntos fundamentales y generales a considerar a la hora de valorar una IT.

Tabla 11. *Elementos a Considerar en una Evaluación de IT*

ELEMENTO	NECESIDAD DE
Daño en la salud	El trabajador debe padecer una alteración que produzca deficiencia y limitación en sus capacidades.
Repercusión laboral	El trabajador no puede realizar las tareas que venía desarrollando y para las que fue contratado debido a la alteración sufrida.
Pronóstico	La incapacidad tiene que ser reversible (temporal), con previsión de recuperación.

Nota. Dirección General de Ordenación e Inspección y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010).

En conclusión, el trastorno debe afectar a la salud del trabajador de modo temporal, impidiéndole realizar las tareas que venía desarrollando, existiendo la necesidad de establecer un nexo causal entre la dolencia y la imposibilidad para el desarrollo de sus labores profesionales, de lo que se desprende que un mismo trastorno puede producir diferentes consecuencias en función de las competencias requeridas.

Así, ante una demanda de IT, en primer lugar se deben tener presentes dos tipos de situaciones. Por una parte, las alteraciones psicopatológicas que afectan a cualquier persona a lo largo de su vida, y que podrían influir en su capacidad y rendimiento laboral; y por otra, que en ocasiones son determinados oficios o profesiones o el contexto en el que se llevan a cabo, los que dan lugar a los trastornos (Coll, 1998). Esta disyuntiva se muestra como un punto de partida importante, porque la primera casuística dará lugar a contingencias comunes, y la segunda a enfermedades profesionales, que tendrán un tratamiento legal especial y privilegiado dentro del Sistema de la SS (v. gr. derecho a cambio de puesto de trabajo, prestaciones más elevadas, periodo de observación hasta el establecimiento del diagnóstico definitivo). No obstante, como hemos comentado anteriormente, se trata de una tarea que presenta una elevada dificultad, produciéndose en ocasiones errores diagnósticos o clasificaciones inapropiadas (Guillén, 2014). Sea como fuere, debemos determinar qué trastornos pueden generar IT por causa psíquica. Para ello es necesario gestionar dos parámetros: que la enfermedad cause déficit cognitivo o comportamental que incapacite para el cometido del trabajo concreto, y que ese déficit sea temporal, puesto que si no, nos encontraríamos ante la calificación de IP. No obstante, en la Tabla 12 podemos observar un resumen de los trastornos mentales que pueden tener carácter transitorio.

Tabla 12. *Trastornos que Pueden Causar IT*

Trastornos que por ser de carácter permanente no dan lugar a IT	Trastornos temporales que pueden dar lugar a IT
Tr. Orgánicos, Tr. Disociativos	TEP, Estrés agudo y Tr. Somatización
Esquizofrenias y Tr. Paranoides	Tr. Ansiedad, Tr. Adaptativos
	Tr. del Estado de ánimo
Tr. de Personalidad	Tr. Somatomorfos

Nota. Elaboración propia.

Aparte de los trastornos anteriormente comentados existen síndromes como el postconmocional (SPC), que por sus características, podría generar un efecto negativo en el desempeño laboral, por lo que esta casuística concreta será tratada pormenorizadamente en el capítulo de la evaluación de la simulación de los déficits neurocognitivos.

No obstante, antes de entrar plenamente en dicha materia, mencionaremos las cuestiones que los manuales y guías recomiendan abordar a la hora de valorar las bajas laborales, así como las cautelas que debemos tomar para que estos subsidios sean una opción transitoria por estar impedidos para la realización del trabajo, y no un recurso para obtener beneficios económicos de modo indiscriminado.

3.4.- BAREMOS, MANUALES Y GUÍAS GENERALES PARA LA VALORACIÓN DE LA IT

Seguidamente expondremos las características principales de los distintos baremos, manuales y guías que existen actualmente para ayudar a realizar de modo efectivo las valoraciones unificando criterios. Algunos de ellos no son específicos del estudio la IT (v. gr. baremos de minusvalías), sin embargo, pueden ofrecer información valiosa sobre el grado de interferencia que provocan ciertas patologías mentales, ayudando a sistematizar los factores que debemos tener en cuenta ante la concesión de una baja.

Al igual que sucede con la huella psicológica en procesos penales, donde es necesario establecer una relación causa-efecto entre los hechos denunciados y el daño sufrido, en la valoración de la (in)capacidad laboral también es fundamental establecer la relación entre las limitaciones que padece el sujeto y los requerimientos para el desempeño de su puesto de trabajo. Como ya hemos advertido anteriormente, no todo trastorno limita, y además, debemos tener en consideración que un mismo trastorno puede ser incapacitante para una determinada tarea, pero no para otra. Por ende, un informe para la determinación del menoscabo laboral debe incluir una valoración funcional completa con los siguientes apartados (INSS, 2011):

- a) Diagnóstico incapacitante: determinar la existencia de una lesión o proceso patológico y objetivar las consecuencias, es decir, limitaciones orgánicas, funcionales, etc. que genera en el trabajador.
- b) Gradación de dichas limitaciones: no basta con que las limitaciones existan. Es necesario establecer la magnitud, el alcance, la intensidad de las mismas y describir cuáles están preservadas. Las limitaciones tienen que ser significativas en cuanto a la repercusión respecto al trabajo.

- c) Conocer los requerimientos profesionales y circunstancias específicas del ambiente laboral: describir las tareas que realiza el sujeto y las capacidades que se requieren para llevarlas a cabo.
- d) Establecer la relación entre limitaciones y requerimientos.

Para la elaboración de este tipo de informes, no existe un manual universal o baremo *ad hoc* sobre IT, sino que se requiere realizar la valoración mediante una serie de baremos, manuales y guías generales. A continuación analizaremos las más utilizadas.

- a) Baremo de minusvalías. Se trata de la adaptación española de las Guías de la Asociación Médica Americana (AMA) legisladas en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, y aunque *stricto sensu* son específicos de las valoraciones de minusvalías, recogen de modo sistematizado variables que nos pueden ayudar a establecer el grado de interferencia que produce la patología que refiere el trabajador en todos los ámbitos de su vida. Los objetivos del baremo son garantizar la uniformidad de criterios y el procedimiento a seguir en todo el territorio español, incluyendo un capítulo (14) específicamente dedicado a las alteraciones del lenguaje y otro (16) a las enfermedades mentales. La valoración se estructura en torno a tres ejes: la disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma (evaluación de las actividades de la vida diaria de modo pormenorizado), la disminución de la capacidad laboral y el ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada (CIE y DSM). Estas tres dimensiones serán evaluadas mediante normas de carácter general, asignándole, a través de los criterios de valoración específicos, el grado de discapacidad que corresponda de la escala gradual de 5 categorías, a saber, discapacidad nula, leve, moderada, grave y muy grave. Seguidamente expondremos de modo breve las disposiciones establecidas por este baremo. Así, las normas de carácter general establecen la evaluación en base a:

- La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma, atendiendo a su relación con el entorno y actividades de cuidado personal. Entre ellas podemos incluir: comunicación y manejo de la información general que le rodea, uso del teléfono, relación social y comportamiento de su entorno próximo y desconocido, aspecto físico y vestimenta, capacidad

psíquica para dirigir su movilidad, uso de transporte, realización de encargos, tareas del hogar, manejo del dinero, actividades de ocio y, en general, la capacidad de iniciativa, voluntad y enjuiciamiento crítico de su actividad y la actividad de otros.

- La repercusión del trastorno en su actividad laboral que vendrá dada por el déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas. Esta función hace referencia, bien al estudio de la capacidad para mantener una atención focalizada y finalizar las labores en un tiempo razonable, o bien a la realización de tareas domésticas y el tiempo necesario para llevar a cabo rutinas en el mantenimiento de la casa. Por otra parte, también se valora el deterioro o la descompensación en el ámbito laboral fruto del fracaso al adaptarse a circunstancias estresantes (v. gr. la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con superiores y compañeros). El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, o por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión. También se ponderará que la relación entre la valoración y la posible correspondencia con una prestación económica sea positiva en la rehabilitación terapéutica del individuo, tendiendo a evitar la concesión de una prestación económica en los casos en que existan posibilidades de carácter laboral, dejando aquella sólo para los casos en que el trastorno mental interfiera con la actividad productiva.
- Presencia y estudio de los síntomas y signos constituyentes de criterios diagnósticos, debiendo ajustarse a las clasificaciones de referencia mencionadas anteriormente. Asimismo, es importante valorar la posibilidad de establecer criterios de provisionalidad y/o temporalidad en función del grado de evolución del trastorno o de la carencia de datos en el momento de la valoración. Ante una cronicidad clara y estable la calificación ha de ser definitiva, pudiendo solicitar informes psiquiátricos y/o psicológicos complementarios que permitan conocer la historia clínica previa del individuo. Además, debemos reflejar en los

resultados del estudio la gravedad del trastorno, ya que no todos presentan el mismo grado de deterioro, puntualizando que los rasgos sólo se constituirán en trastorno cuando sean inflexibles, desadaptativos y persistentes.

En cuanto a los criterios funcionales de valoración específicos en relación con la asignación del grado de discapacidad se establece lo siguiente:

- Clase I (0%), sin discapacidad. Cuando la sintomatología psicológica aislada no suponga disminución alguna de la capacidad funcional.
- Clase II (1-24%) o discapacidad leve. Se establece esta categoría cuando la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, según lo esperable para un individuo de su edad y condición, siempre que puedan mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en momentos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- Clase III (25-59%) o discapacidad moderada. Se decreta esta categoría cuando existe una restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral; pudiendo ser necesaria la medicación y/o el tratamiento psico-terapéutico de forma habitual. Si a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente significativa e interfiere notablemente en las actividades de la persona, se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59%. En caso de que no obstaculice marcadamente las labores de la persona, el porcentaje que le corresponde oscilaría entre el 25 y 45%. Es posible que las dificultades y síntomas puedan agudizarse en periodos de crisis o descompensación; pero fuera de dichos periodos, si el sujeto es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda, se le asignará, igualmente, un porcentaje de discapacidad de entre 25 y 45%.

Si por el contrario, el individuo sólo pudiese trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima, se le fijará un porcentaje de discapacidad comprendido entre 45 y 59%.

- Clase IV (60-74%) o discapacidad grave. Entendemos que nos hallamos ante esta categoría cuando prevalece la existencia de una acusada restricción de los deberes de la vida cotidiana (imposibilidad de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos. En cuanto a su competencia laboral, se observa una marcada disminución puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes, y por tanto, no puede desempeñar una actividad laboral con regularidad, con la posibilidad de acceder a centros ocupacionales protegidos. No obstante, incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre o irregular, con mala respuesta a los tratamientos y persistencia de sintomatología.
- Clase V (>75%) o discapacidad muy grave. Se otorga cuando la enfermedad o trastorno sobre el individuo presente una repercusión extrema, manifestada por incapacidad para cuidar de sí mismo, ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana, por lo que necesita de otra u otras personas de forma constante; sin posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aunque se trate de centros ocupacionales supervisados.

- b) Baremos de tráfico. En virtud del apartado primero del anexo del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el RDL 8/2004, de 29 de octubre, en resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y

Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías e indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e IT que resultan de aplicar durante el 2014 el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, se incluye un capítulo especial de Perjuicio Estético y, en la Tabla V, se establecen las indemnizaciones por IT con sus correspondientes factores de corrección (compatibles con otras indemnizaciones). Mientras que en la Tabla VI se expone la clasificación y valoración de secuelas, incluyendo en el capítulo 1 la cabeza, cráneo y encéfalo, donde aparecen reflejados el SPC al que le corresponden de 5 a 15 puntos; el deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas que puede ser leve (15-20 puntos), moderado (20-40) o grave (40-60 puntos); el trastorno orgánico de la personalidad, leve (10-20), moderado (20-50), grave (50-75) o muy grave (75-90); el TEP, de (1-3 puntos) o el trastorno depresivo reactivo (5-10). Así, la Tabla 13 recoge las indemnizaciones por IT previstas para el año 2015 en función de sus características:

Tabla 13. *Indemnizaciones por IT para el Año 2015*

Indemnización diaria	Día de baja/ Euros
Durante la estancia hospitalaria	71,84
Sin estancia hospitalaria:	
Impeditivo	58,41
No Impeditivo	31,43

Nota. RDL 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

En lo que atañe a las críticas realizadas sobre estos baremos destacan las que afectan a la infravaloración de las secuelas (en cuanto a asignación de puntuación según intensidad y gravedad), la falta de normas de homologación por no aparecer algunas de ellas recogidas en las tablas y la redacción poco precisa en lo referente a la no duplicidad de secuelas. Si bien esto último debe ser así, la Ley recoge que una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valorarán las

secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén establecidas de forma independiente. De este modo, en ocasiones, la interpretación literal impide que la indemnización sea concedida por la afectación anatómica y por la funcional, dado que en muchos casos una deriva de la otra. Por otra parte, García-Blázquez y García-Blázquez (2013) consideran que el capítulo específico de perjuicio estético es breve e insuficiente; y además, la no inclusión de ciertos estados patológicos en las tablas, y sobre los que hay que recurrir a la homologación, supone un retroceso legislativo en materia de daño corporal, recomendando que debería hacerse un esfuerzo integrador por contemplarlos, debido a su importancia y frecuencia. No obstante, específicamente en lo que respecta a síndromes neurológicos y psiquiátricos, es relativamente fácil establecer analogías y homologaciones con otras patologías que sí aparecen enumeradas, intentando encuadrarlos dentro de los principales grupos psicopatológicos como pueden ser: psicopatías, neurosis, psicosis, etc. En la valoración y baremación de las secuelas, la puntuación otorgada a cada una de ellas, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional, sin tomar en consideración la edad, sexo o profesión; y en la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las IITT, así como en la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico. El problema se deriva de que al no hacer referencia explícita al informe médico-forense, en el que se incluye el establecimiento de la relación causa y efecto entre hecho y secuela, deja un amplio margen para la incorporación de informes diversos que proponen intensidades y gravedades muy variopintas, y sin la determinación del nexo causal necesario en este contexto (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013).

- c) Baremos europeos. Fueron creados por la Confederación Europea de Expertos en la Valoración y la Reparación del Daño Corporal (CEREDOC) con objeto de conciliar el grado de invalidez derivado de una secuela en relación con el sistema de indemnización de daños corporales de accidentes de circulación y así forjar una directiva europea. Estos baremos también son aplicables a las pólizas de accidentes y responsabilidad civil de los

profesionales sanitarios. Su estructura consta de 10 capítulos con categorías funcionales, siendo su distribución más similar a la norteamericana que a los baremos españoles. Su enfoque se centra sobre todo en la patología general y no tanto en los traumatismos. Se objetivan secuelas de tipo anatómico-funcional para los traumatismos y de tipo clínico en las secuelas postraumáticas. Además recoge un mayor número de secuelas que los baremos de accidentes pero no es tan extenso como el de las minusvalías.

En resumen, como hemos visto, existen diversos baremos para la cuantificación del daño corporal y para la valoración de minusvalías que complementan el estudio de las IITT. En cuanto a los manuales y guías sobre IT en el contexto laboral destacan los que se exponen a continuación:

- a) MERCAL: Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (INSS y Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008). Su importancia radica en la inclusión de los aspectos psicológicos asociados al desarrollo de cualquier actividad laboral, entendiendo la necesidad de considerar tanto los componentes físicos, como los cognitivos y emocionales. Así, para la correcta valoración de los trastornos mentales y su influencia en la (in)capacidad laboral propone estudiar los requerimientos de cada puesto de trabajo, las capacidades del individuo y la relación entre ambos. Para ello es necesario el análisis de la carga que genera cada trabajo, es decir, los esfuerzos que demanda para su desempeño. Tres son las grandes categorías a tener en cuenta, a saber, carga física, carga mental y carga emocional. Así, cuando se trabaja con objetos, el esfuerzo es básicamente físico, cuando se trabaja con datos nos referimos a carga mental, y en caso de trabajar con personas, estaríamos haciendo alusión a la carga emocional. No obstante, también se definen dos dimensiones que se consideran transversales, pero que por su importancia, se les concede entidad propia a la hora de su valoración, éstas son los riesgos y los horarios. Estos tres apartados incluyen 20 competencias que se pueden ver en la Tabla 14.

En conclusión, el manual resalta la importancia y necesidad de evaluar y plasmar en el informe de baja laboral la relación que existe entre el trastorno

o enfermedad que padece el evaluado y las repercusiones para el desempeño laboral, así como las tareas concretas que lleva a cabo el sujeto en su puesto. Es decir, qué incapacidad produce, en qué grado y qué capacidades quedan preservadas.

Tabla 14. Dimensiones a Valorar en la Carga de Trabajo

Contacto con	Dimensiones	Dimensiones transversales	Esfuerzo
Datos	Atención	Riesgos y horarios	Mental
	Percepción		
	Comprensión oral y escrita		
	Expresión oral y escrita		
	Razonamiento		
	Toma de decisiones		
	Carga mental		
Personas	Control emocional	Riesgos y horarios	Emocional
	Relaciones psicosociales		
Objetos	Manipulación	Riesgos y horarios	Físico
	Capacidad visual, auditiva		
	Marcha		
	Ambiente de trabajo		
	Carga física		
	Manejo manual de cargas		
	Posturas de trabajo		
	Movimientos repetitivos		

Nota. INSS y Consejo General de COP (2008).

- b) Manual para la valoración de la incapacidad temporal en las patologías más prevalentes (Dirección General de Ordenación e Inspección y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010). El capítulo uno de este manual está dedicado a la depresión y la ansiedad, estableciendo como puntos clave para la valoración la evolución de la clínica (progresión y desarrollo de la enfermedad), los tratamientos realizados (posología, de fármacos y tiempo de instauración de los mismos) y la eficacia; la profesión del paciente (con

especial atención a los de alto nivel de responsabilidad y los que requieren altas dosis de concentración) y la capacidad para enfrentarse con las tareas normales de la vida diaria. También resalta la importancia del ajuste o concordancia de la sintomatología con la enfermedad, esto es, corroborar si la clínica referida por el sujeto es concordante con el diagnóstico emitido y, al mismo tiempo, ver cuál es la respuesta al tratamiento prescrito. En lo referente a la evaluación de capacidad laboral, destaca la necesidad de analizar la disminución en el mantenimiento de la concentración, en la continuidad y en el ritmo de las tareas. Es decir, comprobar que el sujeto sea capaz de finalizar los trabajos encomendados en un tiempo razonable. Por otro lado, es necesario estudiar si existe o no fracaso en la adaptación a circunstancias estresantes (v. gr. toma de decisiones, planificación); y si el trabajador es capaz de interactuar con los superiores y compañeros (por si pudiera derivar en una descompensación o lesionarse a sí mismo o a otros). Finalmente, es de subrayar que el manual propone averiguar si el evaluado está desempleado, si tiene problemas laborales, si busca un cambio de puesto de trabajo, la relación con su familia, amigos, etc., lo que hace notable la preocupación por las bajas fraudulentas. No obstante, uno de los puntos más relevantes de este ejemplar radica en el planteamiento planificado del alta, incluyendo una programación para que el evaluado pueda organizar su reincorporación laboral. Es decir, tomar una perspectiva de Psicología Positiva centrada en el trabajador, que disminuya la reticencia y facilite su reincorporación al puesto.

- c) Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal (García-Blázquez, y García-Blázquez, 2013). Este manual resalta la relevancia de la evaluación del déficit funcional, y de cómo éste repercute en los distintos ámbitos y esferas de la vida del trabajador. Así, plantea que existen diversas manifestaciones del daño corporal que pueden presentarse a nivel anatómico, funcional (afectan a la función de cualquier tejido, órgano, aparato o sistema), estético, daño moral o extracorpóreo. Las lesiones funcionales, se definen porque suelen ser una consecuencia de la lesión anatómica, aunque no siempre es así. Pueden ser referidas al área esquelética, siendo las más

frecuentes las limitaciones de la mecánica articular (i. e., flexión, torsión), visceral (v. gr. insuficiencia renal, hepática), encefálica y medular (i. e., parálisis, trastornos motores, como sorderas, trastornos de la sensibilidad táctil) o psíquica (i. e., neurosis, psicosis, psicopatías postraumáticas, trastornos de adaptación a los medios como vida familiar, social, laboral, o trastornos del estado de ánimo, emocional, afectivo, de la memoria, fobias, etc.) (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013). En cuanto a la clasificación de las secuelas puede hacerse en función de muy diversas variables. Bien atendiendo a su permanencia (reversibles o irreversibles, permanentes); a su repercusión laboral (las que no afectan a la capacidad laboral, las que incapacitan parcial o totalmente para el trabajo habitual, o por contra, para cualquier trabajo) o al tipo de estructura al que afectan (i. e., anatómico, funcional, psíquica).

A continuación haremos unas puntualizaciones respecto a las secuelas funcionales que afectan a la esfera psíquica y sensorial. Un ejemplo del primer tipo podría ser un traumatismo craneoencefálico (TCE) que origina problemas de memoria. Es decir, existe una afectación de la función de la memoria (a nivel de atención, concentración, comprensión, fijación, retención, evocación, etc.). En este sentido, también puede aparecer afectación de la personalidad (que debe describirse en función de las repercusiones que tiene en las diferentes áreas de su vida y si es reversible o no), de la conciencia (cuáles se dan y en qué grado), del lenguaje (necesidad de que se explique si se da en el lenguaje hablado, escrito o mímico) o del estado de ánimo (generalmente constituye una secuela puramente psíquica aunque pudiera implicar problemas funcionales si ésta afectase a su capacidad de relación laboral). Las psicopatías, psicosis y neurosis también podrían tener asociadas secuelas funcionales. Las recomendaciones que se establecen al respecto para valorar este tipo de daños son la necesidad de analizar cómo la disfuncionalidad afecta a las diferentes esferas (i. e., social, laboral, familiar), teniendo en cuenta la edad, el sexo, la profesión, etc.

En cuanto a las secuelas que afectan a los sentidos, debemos también cuantificarlas y analizar sus repercusiones, al igual que en el apartado anterior, en función de cómo repercute en su vida ordinaria y laboral.

En lo que respecta a las secuelas psíquicas como tal, pueden sobrevenir como causa directa de la lesión o como efecto de la misma. En este sentido nos encontramos ante trastornos de memoria, de la personalidad, del estado de ánimo (derivados de tumores cerebrales, encefalitis, etc.), de la conducta, de adaptación, fobias (bastante frecuentes en menores que han sufrido accidentes), psicosis postraumáticas, o estados demenciales (bien por TCE severos o por agravación de estados ya preexistentes generalmente en ancianos). En resumen es un manual extenso que abarca todos los tipos de secuelas que pueden surgir y el modo en que deben ser valoradas.

- d) Manual de Tiempos Estándar de la Incapacidad Temporal (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2009). La trascendencia de este manual radica en la unificación de los tiempos estándar de los procesos de IT para que los médicos de AP y, especialistas en general, tengan una guía a la que atenerse para analizar aquellas causas que inciden en la dilación de los procesos de IT, y así homogeneizar criterios en las actuaciones de seguimiento y control de las bajas. En consecuencia, pueden establecerse temporalidades similares entre los distintos agentes implicados cuando se hallen ante un mismo proceso.

Tabla 15. *Tiempos Estándar de los Procesos de IT por Causa Psicológica*

Trastornos mentales	Tiempo estándar en días
Tr depresivo mayor, episodio único	60
Tr. depresivo mayor, episodio único-grave con comportamiento psicótico	90
Tr. afectivo bipolar maníaco	60
Tr. ansiedad generalizado	30
Tr. conversión	14
Tr. fóbicos	14
Tr. somatización	60
Reacción de adaptación	20
TEP prolongado	90

Nota. Manual de Tiempos Estándar de la Incapacidad Temporal (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2009).

Si bien, los plazos son orientativos ya que existen multitud de factores que pueden favorecer o perjudicar el curso de una IT. Este manual define el tiempo estándar 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" (p. 5). En la Tabla 15 podemos consultar los tiempos estándar propuestos por el INSS para procesos de IT originados por trastornos mentales.

- e) Incapacidad Temporal. Manual para el Manejo en Atención Primaria (SoMaMFyC, 2008). Resalta la magnitud de la problemática relacionada con la IT, sobre todo, en lo que respecta a la depresión. Y dedica un apartado al abordaje psicoterapéutico del proceso para la reincorporación laboral, refiriéndose directamente a las bajas fraudulentas con el término de simulación. Además, recalca la importancia de la prevención primaria desde la empresa.
- f) Manual de Actuación para Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS, 2011). Este manual establece los datos mínimos para una correcta valoración, haciendo especial hincapié en el grado de deterioro funcional y el establecimiento de la relación entre el trastorno y los déficits incapacitantes/limitaciones que genera en función de los requerimientos del puesto de trabajo, es decir, las repercusiones del trastorno en las capacidades del sujeto para trabajar, y no tanto el trastorno en sí mismo. También enfatiza la necesidad de gradación de dichas limitaciones y del análisis y descripción de las tareas que realiza el evaluado en su actividad laboral.
- g) Guía de Valoración para Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (INSS, 2015b). Esta guía, en la misma línea que el manual anterior, establece la necesidad de realizar una valoración funcional sobre los déficits que genera el trastorno, sin centrarse únicamente en el diagnóstico, defendiendo que tres factores determinan si el trabajador puede seguir desempeñando sus roles como empleado, a saber, el propio trabajador, el puesto de trabajo y la enfermedad o lesión. Por ello, la valoración debe

establecerse en función de los requerimientos concretos del puesto y la capacidad física o psíquica del trabajador, concretando varios mecanismos por los que un problema de salud, trastorno, enfermedad o lesión, puede condicionar la capacidad laboral:

- Deficiencias específicas: ciertas enfermedades/lesiones pueden originar deficiencias a nivel local/regional, o afectar selectivamente a una o varias de las capacidades funcionales de la persona. La existencia o no de incapacidad laboral depende directamente de las características y exigencias del puesto de trabajo.
- Afectación del estado general con o sin necesidad de encamamiento: en este caso la potencial situación de incapacidad laboral, no depende del puesto de trabajo, sino que repercute en toda actividad laboral. Es frecuente que enfermedades que debutan con un cuadro sistémico importante condicionen el conjunto de las tareas profesionales; pero, en fases sucesivas, evolucionan hacia una mejoría parcial. En esas situaciones habrá que reevaluar la necesidad de una IT conforme a las exigencias o condiciones específicas del puesto de trabajo.

Como podemos ver, este manual tiene en cuenta las recomendaciones establecidas por el MERCAL (INSS y Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008), ya que valora las condiciones del trabajo, la tarea, la carga de trabajo, la higiene industrial, seguridad en el trabajo, ergonomía, horario etc. En cuanto a la descripción del desempeño laboral, algunas de las clasificaciones de ocupaciones vigentes en España son las siguientes:

- Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CON-11): es la que utiliza el INSS en las actividades de seguimiento y control de las situaciones de incapacidad laboral, ya que describe las tareas realizadas por cada ocupación.
- Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-09), que no clasifica las profesiones sino el tipo de actividad económica que realiza la empresa.

Por otra parte, en el capítulo que destina este manual a los trastornos mentales, destaca que, en general, las enfermedades mentales serán consideradas derivadas de enfermedad común salvo en los siguientes casos:

- Aquellos pacientes que presenten trastornos adaptativos o clínica depresiva secundaria a las secuelas de un accidente de trabajo (siempre que exista una relación proporcional entre causa y efecto).
- El TEP cuando el trauma se deriva de un accidente de trabajo.
- En cuanto a la IT, se debe valorar la repercusión psicopatológica que pueden tener unos supuestos tratos vejatorios referidos por el paciente los que, por tanto, deben considerarse inicialmente una enfermedad común. En todo caso, la determinación de *mobbing* no compete al médico de AP ni al inspector médico, es competencia del juez (es una conducta delictiva no un diagnóstico) quien tendrá que escuchar a ambas partes para poder resolver.

En resumen, según dicho manual, las precisiones más destacadas que han de llevarse a cabo ante la valoración de los trastornos mentales en relación con las incapacidades laborales son las siguientes:

- La incapacidad no se relaciona con el trastorno, sino con la repercusión que éste tiene sobre el funcionamiento del individuo; insistiendo en que no todo trastorno conlleva incapacidad, sino que ésta vendrá condicionada por las características específicas del puesto de trabajo.
- No debemos equiparar un solo rasgo como puede ser la tristeza, con un trastorno como la depresión, ya que esto contribuye a vulgarizar la terminología psiquiátrica y a patologizar la vida cotidiana.
- Actuar con cautela ante la posible iatrogenia que pueda provocar la IT, evitando el perjuicio que pueda suponer la pérdida de la actividad laboral, máxime, si no es previsible mejoría. Es decir, prescindir de una baja laboral si no es positiva para la recuperación y posterior reincorporación del trabajador.
- Aconseja llevar a cabo una entrevista donde el evaluado pueda hablar libremente, sin preguntas directivas ni cerradas, transcribiendo literalmente los síntomas relevantes y reflejando las contradicciones por

escrito. No obstante, a pesar de mencionar la administración de ciertas escalas como por ejemplo el Mini-examen cognoscitivo (MEC), o ciertas escalas de depresión, no repara en que estos instrumentos no cuentan con escalas de validez, y están enfocados a tareas de reconocimiento, donde es más fácil la simulación. En cuanto a la valoración de la simulación, en el apartado 1.3.4 del capítulo 7 se hace alusión a la evaluación de la misma, sin embargo, no concreta la necesidad de un estudio multimétodo. Únicamente se ofrecen una serie de indicadores de potencial simulación, pero de forma vaga e imprecisa.

Y ya para finalizar, y recogiendo también las recomendaciones del Manual para la Valoración de la IT en las Patologías más prevalentes, con el objetivo de facilitar la reincorporación laboral una vez recibida el alta, es conveniente que el evaluado disponga de tiempo para planificar su vuelta a la rutina laboral, y aunque necesite continuar con visitas a los profesionales, esto no implica necesariamente que tenga que permanecer en situación de baja, sino que éstas deben entenderse como un seguimiento del caso, pero incorporado ya en su trabajo. Al tratar de este modo el regreso al ámbito laboral, se facilita que el sujeto se adapte mejor, acoja el alta sin recelos y se haga la transición de la forma más terapéutica posible, ya que se ha constatado que la percepción que tiene el trabajador respecto a su retorno a la empresa, influye en la duración de la baja (Vaquero, n.d.).

CAPÍTULO 4: LA SIMULACIÓN EN LA IT

En el capítulo anterior se han mostrado los distintos baremos, manuales y guías que se han venido desarrollando para intentar dar una respuesta eficaz a la ardua tarea de valoración de los trastornos mentales en el contexto de las IITT. No obstante, esta evaluación no será eficiente si no partimos de la hipótesis de una posible simulación, dado que nos encontramos ante un ámbito en el que se pueden obtener ganancias secundarias asumiendo o prolongando sintomatologías diversas.

En este sentido, el contexto laboral no es el único escenario en el que existe una alta probabilidad de que las personas intenten manipular su comportamiento ante una evaluación, ya que otras situaciones comparten esta misma característica. En ocasiones la intención puede ser ocultar sintomatología para aparentar normalidad, es decir, disimular, como puede ocurrir en la evaluación forense de la competencia parental en relación a la guarda y custodia. En otras, los sujetos pretenderán aparentar mayor daño del que realmente sufren (v. gr. indemnizaciones por accidentes de tráfico, los delincuentes que intentan evitar una condena o las personas que pretenden hacerse pasar por víctimas de algún tipo de delito), incurriendo en simulación o sobresimulación. En conclusión, cualquier entorno en el que estén en juego beneficios secundarios (v. gr. obtener prestaciones económicas, eludir un castigo) puede propiciar la aparición del engaño. Además, existe cierta facilidad para manipular y falsear las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, sobre todo cuando la valoración es llevada a cabo mediante una única medida, por lo que para evitar diagnósticos erróneos y poder asegurar una correcta relación causa-efecto entre el suceso que la persona aduce como causante de su malestar, los síntomas hallados y la severidad expuesta, debemos tomar en consideración una serie de salvaguardas que presentaremos a lo largo de este capítulo.

4.1.- DIFERENCIA ENTRE LA OBTENCIÓN DE DATOS CLÍNICOS Y FORENSES

Llegados a este punto, es necesario hacer un inciso para precisar algunos conceptos, ya que aplicar un modelo puramente clínico a la valoración de las IITT presenta múltiples limitaciones. Es decir, no es posible equiparar la evaluación clínica y la

evaluación de contextos en los que puedan subyacer ganancias secundarias, ya que suceden en condiciones distintas y de cada una de ellas se derivan consecuencias con implicaciones muy diferentes. En primer lugar, en el modelo clínico no tiene cabida el diagnóstico de simulación ni de disimulación, puesto que la labor del clínico es ayudar a superar la problemática de todo paciente que acude buscando ayuda, por lo tanto, intenta aplacar el sufrimiento de las personas y ofrecer estrategias para el afrontamiento efectivo de las situaciones que le producen malestar (Labrador, 2012). Es decir, existen muy pocas posibilidades de encontrarse ante sujetos simuladores, ya que en general, son los propios individuos quienes acuden *motu proprio* para solventar sus aflicciones. En este sentido, los clínicos deben disponer de amplio conocimiento sobre los tratamientos terapéuticos más adecuados a cada patología o tipo de personalidad. En cuanto a la labor forense que está regulada en los artículos 335 y siguientes de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil, el objetivo primordial es ilustrar al juez para facilitar la toma de decisiones, y para cumplir con este cometido, además de estudiar el estado clínico y cómo este influye en el comportamiento desde una óptica legal (Muñoz, Manzanero, Alcázar, González, Pérez, y Yela, 2011), el psicólogo forense ha de tener conocimientos sobre la legislación vigente (art. 17 del Código deontológico de los psicólogos que alude a la capacitación y cualificación del profesional) (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2010). Esos conocimientos son primordiales para poder establecer y relacionar cómo la psicopatología afecta, en un caso de imputabilidad, por ejemplo, a las facultades de entender y obrar (cognitivas y volitivas); a las capacidades para prestar testimonio; capacidades parentales, victimología, huella psíquica y relación-causal entre los hechos y el estado psíquico derivado de un delito; o cómo un trastorno afecta a la capacidad para desempeñar un trabajo, etc. (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Es decir, no basta únicamente con el diagnóstico (Echeburúa, Muñoz, y Loinaz, 2011), sino que, en el caso concreto que nos ocupa, se ha de establecer la influencia y constatar la repercusión de la dolencia o trastorno sobre las capacidades laborales. Además, el perito forense ha de interpretar los resultados obtenidos partiendo de la hipótesis de una posible simulación, ya que tal y como nos advierte la APA (2014), nos encontramos ante una situación propicia para que el sujeto pueda falsear su sintomatología buscando la obtención de beneficios (v. gr. prestaciones económicas, bajas laborales, ser eximido de alguna responsabilidad). Por ende en los estudios forenses es recomendable recabar información objetiva que no provenga

exclusivamente del sujeto, contando con informes de entidades o personas ajenas al evaluado (i. e. médico, otros profesionales, familiares, empresa) (APA, 2013), así como utilizar metodologías validadas científicamente que cuenten con sistemas para contrastar la validez y fiabilidad. Por otra parte, dicha evaluación no tiene una finalidad terapéutica (Torres, 2002), sin embargo esta afirmación no debe interpretarse en detrimento del establecimiento de un adecuado *rapport* y de la realización de las valoraciones bajo la perspectiva de la Justicia Terapéutica (Wexler, 2005); sino que debe primar la objetividad y la imparcialidad (art. 15 Código Deontológico), no otorgando veracidad a todas las afirmaciones realizadas por el sujeto, dado que es probable que intente manipular la información que ofrece, ya que de las conclusiones del informe se derivan consecuencias importantes para él. En tanto que, en el contexto clínico, para obtener un diagnóstico y el avance en el tratamiento de los trastornos mentales, se requiere llevar a cabo el trabajo desde la instauración de una adecuada alianza terapéutica. Es más, en este caso, es generalmente el propio sujeto el que busca ayuda, por lo que la intervención está sujeta a confidencialidad, siendo él mismo el que recibe el tratamiento y la información. No obstante, en el caso forense, la persona estudiada suele estar inmersa en algún procedimiento (v. gr. judicial, laboral), por lo que la evaluación puede ser requerida y conocida por diversas entidades y no únicamente por dicho sujeto, en consecuencia éste debe ser informado del contenido de la exploración y de quién es el destinatario (art. 25 y 42 del Código Deontológico). En el caso concreto de las IITT, el estudio puede ser requerido por el INSS, el médico de cabecera, el empleador, o por el juez en caso de que el proceso provoque desacuerdos entre los evaluadores y el demandante de la baja. Otra diferencia entre ambos procesos, aunque con menor repercusión, radica en la duración de la intervención, ya que en el caso clínico, ésta es larga, pudiendo ajustar la terapia a los cambios que van surgiendo, mientras que en el campo forense se dispone de muy poco tiempo para emitir el informe, teniendo que cumplir unos requisitos establecidos tanto desde el ámbito legal como desde los propios códigos deontológicos. Es más, existen diferencias en el proceso legal entre una pericial, y una prueba documental como puede ser el informe de un clínico, ya que adquiere carácter de medio probatorio. Una de ellas es la necesidad de establecer la relación causal tal como apuntábamos anteriormente. Otra, es que el juicio forense está sujeto al principio de contradicción para que las distintas partes involucradas en el proceso puedan someterlo a crítica (art. 347 LEC) garantizando así el

principio de igualdad de partes. Para ello es imprescindible una descripción metodológica exhaustiva que ofrezca la posibilidad de réplica. Asimismo, una pericial debe dar respuesta a las cuestiones formuladas en el mandato judicial, en tanto que el clínico debe hacerlo a las quejas del paciente.

En resumen, además de todas las diversas consideraciones necesarias a tener en cuenta a la hora de realizar un informe en un contexto propicio para el fingimiento, lo más destacado es que, si observamos simulación, el diagnóstico clínico no será válido (Arce y Fariña, 2007). Por lo tanto, el psicólogo forense debe contrastar todas las hipótesis que puedan aplicarse al caso, teniendo presente la posible manipulación de los resultados (Poole y Lamb, 1998). En páginas sucesivas expondremos pormenorizadamente las técnicas de detección de la simulación más utilizadas en la actualidad, sin embargo, podemos adelantar que tres son las características básicas que requiere la simulación (Gisbert, 1991), a saber, la voluntariedad, la imitación de trastornos o sus síntomas y una finalidad utilitaria, es decir, la pretensión de conseguir beneficios.

De todo lo expuesto, se desprende la imperiosa necesidad de sospechar simulación, de valorarla y detectarla en cualquier contexto que se estime propicio para la realización de demandas espurias con el objetivo de obtener ganancias secundarias.

4.2.-CONCEPTO DE SIMULACIÓN

Comenzaremos definiendo el concepto de simulación, que según el DSM-V (APA, 2014), se considera “la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados motivada por incentivos externos como no realizar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos” (p. 726). Como podemos observar, la prestación por IT se encuadra perfectamente en el epígrafe referido a evitar el trabajo, ya que cualquier persona que obtenga una baja laboral de modo ilícito o la prolongue en este mismo sentido, se incluiría dentro de la categoría de simulador, ya que está intentando percibir un beneficio por exagerar o inventar síntomas que realmente no padece o que ya han remitido. Asimismo, la APA (2014) advierte en el mismo apartado que bajo algunas circunstancias, simular puede verse como un comportamiento adaptativo (v. gr. si se finge una enfermedad mientras se es

cautivo del enemigo en tiempo de guerra). Por tanto, según dicho manual, debemos sospechar simulación si se dan algunas de las siguientes combinaciones:

- a) Estar inmerso en el contexto médico-legal (persona enviada desde el sistema judicial para ser sometida a valoración).
- b) Discrepancia acusada entre las quejas o discapacidad que refiere el individuo y los hallazgos y observaciones objetivas.
- c) La no cooperación durante la valoración diagnóstica y/o incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- d) Presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

Aunque por supuesto existen múltiples definiciones del constructo de simulación, todas ellas destacan la intencionalidad de mentir o engañar sobre una enfermedad o discapacidad mediante la exageración o invención de sintomatología con el objetivo de obtener beneficios personales, económicos o que eximan a la persona de deberes y obligaciones (Kropp y Rogers, 1993). Asimismo, los investigadores también concuerdan en la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial con trastornos que guardan ciertas similitudes en cuanto a producción de síntomas. González et al. (2012) exponen que la simulación presenta como características definitorias que no tiene una base orgánica, no responde a ninguna problemática de orden psíquico (aunque sí ofrece recompensas psicológicas), está bajo el control voluntario de la persona y se ejecuta con intencionalidad para lograr una recompensa externa. En tanto que el DSM-V (APA, 2014) hace hincapié en diferenciarla del trastorno facticio, en el que la motivación para la generación de los síntomas no responde a incentivos externos.

En consecuencia, tal y como resumió Gisbert (1991), tres son las características básicas que conforman la simulación: la voluntariedad, la imitación de trastornos o sus síntomas y una finalidad utilitaria.

4.2.1.- Tipos de simulación

Diversos autores, tal y como expondremos a continuación, han clasificado la simulación de múltiples maneras, atendiendo a diferentes aspectos que debemos tener en

cuenta a la hora de enfrentarnos a un potencial fingimiento. Una de las primeras clasificaciones fue planteada por Vallejo-Nájera (1930). Estaba realizada en función de la personalidad del simulador, estableciendo, para el grupo de simuladores permanentes, la siguiente tipología:

- a) Simulador inculto. El autor lo define como un sujeto de escasa inteligencia y cultura, por lo que la simulación será poco sutil y más fácilmente detectable que en otros casos.
- b) Simulador sugestionable. Incluye al individuo de personalidad psicopática con fuertes sentimientos de inseguridad que simula la enfermedad como forma de afrontar las dificultades.
- c) Simulador paranoide. Estas personas sobreestiman su personalidad, lo que los lleva a no reconocer situaciones de inferioridad.
- d) Simulador histérico. Para este tipo de personas, la simulación de la enfermedad es un modo de demandar atención. En la histeria auténtica resulta complejo distinguir entre simulación consciente y aquello que se genera en base a mecanismos inconscientes.
- e) Simulador mitómano o fabulador. En éste, la simulación responde a una necesidad de suscitar admiración y asombro en los demás para satisfacer su vanidad.
- f) Simulador emotivo. Éste se caracteriza por su timidez y cobardía, y simula por miedo al ridículo.
- g) Simulador amoral. Persona que simula para obtener una recompensa económica por parte de un seguro o eludir la responsabilidad por haber cometido un determinado ilícito penal.
- h) Simulador profesional. Hablamos de individuos cuya manera de vivir es la simulación de enfermedad en busca de las ventajas que esto pueda proporcionarle aprovechándose, por ejemplo, de la caridad de las personas.

Años después, Porot (1977) aportó una clasificación basada en los síndromes mentales simulados, y diferenciaba las siguientes tipologías:

- a) Simulación mental total o verdadera. La persona es absolutamente consciente y lo hace con la finalidad de alcanzar beneficios que previamente se ha propuesto. El autor entiende que este tipo de simuladores suelen ser

identificados debido a que, en la mayoría de los casos, presentan síntomas absurdos o estructuras sindrómicas incoherentes.

- b) Sobresimulación. Los individuos exageran anomalías o trastornos psíquicos que verdaderamente padecen. La idea que envuelve a este grupo (compartida por muchos autores) es que bajo la simulación se esconde generalmente una personalidad anómala.
- c) Metasimulación. El simulador se vale de los conocimientos que tiene sobre la simulación, con la salvedad de que éstos tienen su origen en una enfermedad que ha padecido anteriormente. Al igual que en el primer caso, lo que se espera es obtener determinados beneficios.

Posteriormente, el autor realiza una segunda clasificación, esta vez basándose en la personalidad del simulador y la actitud que adopta:

- a) Simuladores pasivos. Simulan principalmente defectos funcionales. Adquieren actitudes negativistas y de inhibición.
- b) Simuladores activos. Crean y mantienen su sintomatología por medio de procesos psicomotores activos (se provocan lesiones, fingen cojera, etc.).
- c) Simuladores absurdos. Se trata principalmente de individuos que simulan trastornos mentales adoptando una conducta extravagante, con la manifestación de síntomas absurdos.

Otros autores también hacen distinción según las finalidades de la simulación, la naturaleza del fraude y las motivaciones para ella, que son las más operativas en términos psicológicos. Como ejemplo podemos destacar a Bruno y Cabello (2002), quienes definen la simulación como la actitud psíquica consciente y voluntaria donde se representa plásticamente un determinado evento mórbido con la intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar a un tercero. Así, señalan que los rasgos distintivos de la simulación vendrían dados por las siguientes circunstancias:

- Que la motivación radique en obtener un beneficio a través del engaño, por ejemplo, un beneficio legal vinculado a su situación jurídica.
- Que exista la capacidad psíquica para discernir y ejecutar un acto previamente elaborado y planificado.
- Que exprese mediante la psicomotricidad el evento mórbido que se utiliza para el engaño.

Para estos autores, la diferencia principal con la mentira es que la simulación utiliza lo que ellos denominan representación plástica, que hace referencia a la teatralidad e interpretación de un papel, mientras que el engaño sólo sería sostenido mediante el lenguaje verbal. Por ello, deberíamos sospechar simulación, cuando hay una representación de síntomas aislados, carentes del contexto patogénico que caracteriza a la enfermedad mental, sin coincidir la conducta general con la esperable. En consonancia con lo expuesto, un ejemplo de ello lo vemos cuando la literatura advierte que uno de los síntomas cognitivos que más se intenta simular es la amnesia (Ferrero, 1998; García-Rivas, 2012; Inda, Lemos, López, y Alonso, 2005). Sin embargo, los simuladores no son conocedores de que ésta forma parte de una afección mucho más compleja que la simple falta de memoria, por lo que suelen representar fielmente el no recordar su propia identidad, por ejemplo, pero sí se orientan perfectamente en el ambiente. Además, tal como se ha señalado anteriormente, al intentar el sujeto reproducir plásticamente la conducta, generalmente recurren a síndromes, de por sí, poco frecuentes, llegando a evidenciar conductas grotescas representadas con gran teatralidad. En este sentido, las respuestas tienden a revelar una sintomatología multisindrómica, desapareciendo la simulación cuando las posibilidades de beneficio disminuyen.

Bruno y Cabello (2002) incluyen también la denominada presimulación, que consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de evadir la responsabilidad legal. Diferencian también entre formas clínicas pasivas y activas. Las primeras se caracterizan porque en ellas subyacen los procesos psicopatológicos que llevan aparejados la inhibición psicomotriz, predominando el mutismo y fenómenos asociados a la depresión; mientras que las segundas afloran las formas contrarias (v. gr. agitación psicomotriz, manías, brotes psicóticos, situaciones verborreicas).

En resumen, todas estas clasificaciones de simulación podrían combinarse dando lugar a tres grupos principales de mecanismos de producción de la simulación, que siguiendo a Resnick (1997) se concretarían en:

- a) Simulación total o pura. Consistente en la invención completa de la sintomatología, es decir, fingir una patología que en realidad no se padece.
- b) Simulación parcial. Definida como la exageración consciente de la intensidad, frecuencia o duración de la sintomatología preexistente. En este

sentido se pueden seguir manifestando síntomas o problemas que ya han desaparecido o mejorado terapéuticamente, o incrementar la intensidad de sintomatología que realmente se experimenta.

- c) Falsa imputación. Entendiendo por ella que la persona realmente presenta una sintomatología objetiva, pero su origen no es el señalado. Es decir, se atribuye el padecimiento a un acontecimiento traumático cuando en realidad se deriva de otro diferente. Un buen ejemplo lo encontramos en sujetos que han tenido un accidente doméstico, y sin embargo imputan las dificultades a algún incidente acaecido en el ámbito empresarial, por lo que pasa a adquirir la categoría de accidente laboral, con los beneficios que ello reporta.

Aplicando lo anteriormente comentado a nuestro trabajo, podríamos afirmar que el primer mecanismo es el menos utilizado a la hora de intentar conseguir una baja laboral de modo fraudulento (Santamaría et al., 2013), mientras que los dos restantes son a los que más frecuentemente recurren los simuladores para seguir beneficiándose de las prestaciones, bien sea por baja laboral, atribuyendo unos síntomas derivados, por ejemplo, de una problemática anterior, o exagerando la intensidad de ciertas patologías para aumentar la indemnización que pueden obtener (Blasco y Pallardó, 2012).

4.3.- PREVALENCIA DE LA SIMULACIÓN EN LA IT

En lo referente a la prevalencia de la simulación, encontramos cifras contradictorias entre los diferentes estudios, y además existen pocas publicaciones al respecto. Por ello, manejaremos cifras orientativas obtenidas de estudios americanos y europeos, y en menor medida españoles.

Algunas de las causas a las que puede atribuirse la ausencia de consenso entre los datos sobre esta temática se debe, por una parte, a que los simuladores exitosos no son detectados, dado que no es frecuente que éstos sujetos admitan estar fingiendo (Vilar y Aliaga, 2011), y por otra, que no existe unanimidad sobre cómo cuantificar ni evaluar la simulación en este ámbito, por lo que cada estudio aplica conceptos, definiciones y metodologías diferentes, comparando, a su vez, distintas muestras, lo que dificulta el cotejo

entre unos y otros. Además, los profesionales en este campo tienen una formación y experiencia muy heterogénea en cuanto a la detección de la simulación (Dandachi-Fitz, Gerald, Ponds, y Merten, 2013), lo que se presenta como otra variable de distorsión.

Sin embargo, podemos ofrecer algunas cifras provenientes de Estados Unidos, que se ven modificadas en función del contexto en que son analizadas. Así, en temas donde se solicita una discapacidad o indemnización laboral, aparecen tasas de entre 14-30% según Trueblood y Schmidt (1993); en la práctica clínica general los datos apuntan a cifras en torno al 8%, mientras que en casos criminales se estima en torno al 19% (Mittenberg, Patton, Canyock, y Condit, 2002). Los datos son algo más alarmantes cuando nos referimos a contextos civiles y forenses, ya que artículos como los de Ardolf, Denney y Houston (2007) o Chafetz (2008), aprecian valores que oscilan entre 30-50%.

Tomando como referencia informes obtenidos en Europa, no hallamos grandes diferencias con el entorno norteamericano. Según Plohmman (2013), las sospechas de simulación por discapacidad o compensación por lesión con una muestra suiza, alcanzaban valores entre 23% y el 54%. Resultados similares (44.6%) se encontraron en Alemania referentes a la misma temática; en tanto que los porcentajes que se evidencian en situaciones de accidentes oscilan entre el 44% en lo que a quejas cognitivas se refiere, aumentando a un 51% al hablar de TEP (Stevens, Friedel, Mehren y Merten, 2008). En Holanda, Van Egmond, Kummeling y Balkom (2005) encontraron en su estudio que un 42% de los pacientes de consultas clínicas ordinarias esperaban conseguir ventajas que iban más allá de la mejoría terapéutica. Entre ellas se encontraban la obtención de bajas laborales, discapacidades o acceso a un nuevo alojamiento.

En España, disponemos de muy pocas publicaciones que traten el tema de la prevalencia de la simulación en IT. No obstante, existen algunos datos que pueden arrojar luz sobre el tema. Aurrekoetxea, Sanzo, Zubero y Alamillo (2009), realizaron un estudio en Guipúzcoa analizando las causas de repetición de las bajas desde la perspectiva del diagnóstico de la enfermedad, teniendo en cuenta variables como sexo y edad del trabajador. Aunque no proporcionan un análisis sistemático de la simulación, sí encuentran que la valoración de la acumulación de distintas bajas puede ser una alternativa para el control de la prestación por IT, ya que los resultados indican que a partir de los 45 años, tanto en hombres como en mujeres, aumenta el riesgo de repetir bajas relacionadas con las enfermedades más frecuentes, a saber, osteoarticulares, trastornos mentales y digestivos en

varones, y enfermedades del embarazo, osteoarticulares y mentales en mujeres. En este sentido, es de resaltar un artículo de Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, y Leonard (1998) que concluía, mediante una encuesta a profesionales, que en contextos no forenses, la tasa de simulación es similar en hombres y en mujeres, si bien, al igual que en el contexto anterior, intentan simular diferentes tipos de afecciones. Las mujeres informaban sobre síntomas médicos o somáticos, mientras que los varones lo hacían sobre quejas cognitivas. Otro estudio llevado a cabo por Domínguez et al. (2013), tras revisar 100 casos de IT concluyó que tan solo 7 de ellos se mostraron libres de distorsión o manipulación de la sintomatología, en tanto que de los 93 restantes, 25 casos presentaban una distorsión ligera, 41 casos distorsión moderada y en 27 casos la distorsión era considerada alta.

En nuestro país es interesante la investigación llevada a cabo por Santamaría et al. (2013), quienes mediante la aplicación de encuestas a jueces expertos (profesionales cualificados de la salud) examinaron cuáles eran las patologías más simuladas, qué perfil sociodemográfico correspondía a los simuladores, en qué contexto y cuáles eran los mecanismos de simulación más utilizados. Atendiendo a la prevalencia de la simulación por patologías en lugar de por contextos, los datos indican que el trastorno más ampliamente simulado es el esguince cervical, seguido de la fibromialgia, cervicalgia y lumbalgia crónica, depresión y ansiedad. Todos ellos caracterizados por su carácter crónico y con cierta carga de subjetividad. Además, al tratarse de trastornos de gran prevalencia clínica, es altamente probable que los pacientes tengan conocimiento de los mismos, bien por experiencia propia o bien por conocidos que los hayan padecido, lo que facilita en cierto modo la simulación de la sintomatología. Estos datos coinciden con otros estudios que afirman que en el contexto médico-legal, la simulación y los patrones de exageración de síntomas se asocian al dolor, a la ansiedad y a la depresión, con el objetivo de obtener incentivos económicos. Binder (1993) y Constantinou et al. (2005) encontraron que el TCE leve se estima en un 30-38%, alcanzando el 40% según Vilar, Santiago, Gómez-Río, Verdejo, Llamas y Pérez (2007); Greiffenstein, Baker y Gola (1994) sitúan la prevalencia de la simulación de los pacientes con SPC en procesos de litigio en torno al 66%, en tanto que León-Carrión (2001) señala un 33-47%; mientras que para patologías como la fibromialgia la sospecha se sitúa en torno a un 34.7% y la depresión y ansiedad 14.9 y 13.5% respectivamente (McDermott y Feldman, 2007; Mittenberg et al., 2002). La cervicalgia y el esguince cervical también se encuentran entre las patologías dolorosas más

simuladas (Hamilton y Feldman, 2001). En cuanto al TEP, Less-Haley (1997) afirma que la prevalencia de la simulación se estima entre un 20-30% en demandantes por lesiones personales, ascendiendo a un 51% en el contexto de accidentes y en torno a un 44% cuando hablamos de quejas cognitivas en ese mismo contexto (Stevens, Friedel, Mehren, y Merten 2008).

En lo que respecta al perfil sociodemográfico asociado a la simulación, el 21% de los profesionales del estudio de Santamaría et al. (2013) estiman que hombres y mujeres simulan por igual, el 15% que era más frecuente en varones y el 63% que era más frecuente en mujeres. En cuanto a edad, encontraron que el grupo de entre 46 y 55 años con ingresos inferiores a 1000 euros al mes, era el que presentaba más incidencia de simulación. Entre las profesiones vinculadas a la presencia de exageración de sintomatología de acuerdo a la percepción de los profesionales preguntados se encuentran las siguientes: sector de la limpieza, construcción, industria y los operarios (cadena de montaje/producción, mozo almacén, carga y descarga, mantenimiento, servicios, albañil, etc.), de administración, de atención al público (cajeros, dependiente, azafata, camarero, auxiliar hostelería, teleoperador, etc.) y de cuidados sanitarios (auxiliar de clínica, de enfermería/geriatria y ayuda a domicilio). Las contingencias que aparecían más frecuentemente asociadas a simulación fueron, en primer lugar, la contingencia común, seguida de accidente de trabajo y, en última instancia, la enfermedad profesional.

Para finalizar, es necesario subrayar un aspecto llamativo. Concretamente, el hecho de que en este estudio la característica común que rigió todo el proceso de consulta a jueces expertos sobre la sospecha de simulación, fue que ninguno de los profesionales encuestados hizo alusión a la utilización de un protocolo objetivo estandarizado de evaluación y detección del engaño.

4.4.- INDICIOS DE SOSPECHA DE SIMULACIÓN

Para finalizar este capítulo, recogeremos los indicios que describe la literatura sobre la sospecha de fingimiento de sintomatología en contextos en los que, manteniendo esta actitud, se pueden obtener beneficios. Como veremos, los sujetos pueden adoptar

múltiples tácticas y estrategias para intentar conseguir su objetivo, por lo que una vez más, hacemos hincapié en la necesidad de realizar las valoraciones de IT de modo minucioso, sirviéndose de diversas metodologías y contando con técnicas adecuadas para la detección de los posibles intentos de manipulación, exageración o prolongación de sintomatología aducida.

Por otro lado, al encontrarnos en la era de la comunicación, no es difícil que los simuladores tengan conocimiento sobre los síntomas definitorios de ciertos trastornos, sobre todo los más prevalentes en la población general (v. gr. depresión, ansiedad). Así, el conocimiento puede provenir a través de internet, de los medios de comunicación, de las películas, los conocidos o familiares con dolencias similares, etc. No obstante, cuando se les insta a que describan cómo repercute el trastorno en su día a día, los simuladores no saben adecuar tales manifestaciones a su vida cotidiana, proporcionando descripciones vagas, poco detalladas o demasiado artificiosas y forzadas (Blanco, Arce y Seijo, 2016; Novo, Velasco, y Arce, 2014; Coll, 1998; Pitman, Sparr, Saunders y Mc-Farlane, 1996). Así, los resultados del estudio llevado a cabo por Santamaría et al. (2013) informan sobre los principales indicios que hacen sospechar de simulación a los profesionales participantes. Éstos se recogen en la Tabla 16.

En conclusión, podemos destacar que los principales elementos que hacen sospechar de simulación a los profesionales son la ausencia de datos objetivos que justifiquen los síntomas referidos por el paciente (incongruencia) (69%), la exageración de síntomas (43%), la presencia de beneficios colaterales (38%), la ausencia de respuesta al tratamiento (28%), una situación laboral conflictiva (28%), falta de colaboración o de 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 lo que a mecanismos de simulación se refiere, como ya hemos visto en el apartado anterior, aparece como el más empleado la perpetuación de síntomas una vez que éstos ya han mejorado, mientras que la simulación del mecanismo de producción y la simulación de la patología completa se utilizan en mucha menor frecuencia (Santamaría et al., 2013).

Tabla 16. Datos Clínicos que Hacen Sospechar de la Existencia de Simulación

	Nº de veces citado
<i>Ausencia de evidencias o signos objetivos: discordancia síntomas y signos, pruebas normales (exploración normal y muchos síntomas referidos, ausencia de datos objetivos, pruebas diagnósticas negativas, discordancia clínica, exploración y pruebas complementarias).</i>	105
<i>Dramatización o magnificación de síntomas: descripción de los síntomas o reacción a la exploración desproporcionada a la patología (sobreactuación, llanto incontrolado, “chillidos” con patología leve...).</i>	66
<i>Presencia de beneficios colaterales a la baja: accidente y compensaciones, presencia de conflictos personales, económicos o familiares, época del año (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/vacaciones...).</i>	58
<i>Ausencia de respuesta al tratamiento (no cede el dolor con el tratamiento, sigue empeorando a pesar del tratamiento, mala respuesta a múltiples tratamientos, nunca refiere mejoría...).</i>	43
<i>Situación laboral conflictiva o poco motivante, tipo de trabajo o profesión (problemas o conflictos laborales, críticas a su empresa o trabajo, refiere situación laboral difícil, baja estima por su trabajo, escasa remuneración y poco gratificante...).</i>	42
<i>Ausencia de colaboración o de adherencia al tratamiento (no se deja explorar, no sigue o es reticente al tratamiento, no quiere ir a una interconsulta...).</i>	29
<i>Descripciones de síntomas o mecanismos de producción imprecisas, contradictorias, dudas y omisiones o mal localizados (cambian los síntomas, no saben concretar mecanismo de producción, responden diferente sobre la misma pregunta, signos contradictorios al explorar, incongruencia de respuestas).</i>	25
<i>Actitud hostil, agresividad (susplicacia, desconfianza, inconformismo, enfado al no cumplir las expectativas, descalificaciones al profesional, conflicto con la SS/ mutua).</i>	25
<i>Incoherencia de la patología con las alteraciones o dolor que informa, sintomatología atípica, clínica no habitual.</i>	22
<i>Alargamiento y perpetuación de los síntomas (duración exagerada de la lesión, prolongación fuera de lo razonable, persisten síntomas, relatan los mismos síntomas que el primer día).</i>	17
<i>Comenta con excesivo énfasis e insistencia que no quiere bajas y que lo único que quiere es curarse y volver a trabajar.</i>	14
<i>Múltiples síntomas, dolor “móvil”, siempre aparece un nuevo síntoma (cuando mejora una patología aparece otra nueva, múltiples quejas que cambia de localización, pluripatología, dolores múltiples...).</i>	13
<i>Muestran más interés por aspectos económicos, legales y administrativos que médicos (preguntan cuánto van a cobrar, solicitan ellos mismos la baja, te hablan primero de la baja, contratan a un abogado lo primero, tratan de dirigirte hacia el diagnóstico que quieren...).</i>	12
<i>Mecanismo causal (de producción) no coincide con la lesión (incongruencia entre el mecanismo de producción y la patología, falta de relación causa efecto).</i>	11
<i>Historial (historial de bajas repetidas, hiperfrecuentación a servicio sanitario...).</i>	10
<i>Actitud extraña o poco frecuente del paciente hacia su lesión y su tratamiento.</i>	9
<i>Mejorías o empeoramientos vinculados a factores ajenos a la clínica o el tratamiento (al pedir pruebas complementarias mejora, al obtener indemnización mejora, al acercarse al alta empeora, con días festivos mejora).</i>	7
<i>Discrepancia con maniobras de distracción, no ortodoxas o disuasorias.</i>	7
<i>Descripción del síntoma o dolor excesivamente detallada, florida o barroca.</i>	6
<i>Forma de caminar, posturas y movilidad forzada y no natural del paciente cuando se siente observado.</i>	6
<i>Lenguaje no verbal.</i>	6

Nota. Tomado de Santamaría et al. (2013).

Por otra parte, también debemos prestar atención a si la persona minimiza otras posibles causas de sus síntomas y exagera como origen de su dolencia el accidente o situación por la que solicite compensación (Inda et al., 2005). Estos hallazgos tienen claras implicaciones en el planteamiento del estudio de la simulación en una valoración de IT, ya que predominaría la exageración o perseveración frente a la simulación pura o inventada.

4.4.1.- Estrategias de simulación

Adicionalmente, hallamos diferencias en las estrategias de simulación utilizadas por los defraudadores en función de las técnicas de evaluación a las que sean sometidos, bien de conocimiento o de reconocimiento. Así, es frecuente encontrarse con quejas a nivel cognitivo por falta de concentración o de memoria. Ante este contexto, si se aplica por ejemplo una prueba psicométrica que valore el estado neuropsicológico, lo más habitual es que opten, en los casos menos sutiles, por responder al azar, dado que los simuladores suponen, de modo equivocado, que su porcentaje de errores debe aumentar de modo considerable, llegando a presentar una tasa de aciertos inferior a la obtenida incluso por azar y violando, en mayor medida, las normas de los test (García-Domingo, Negro, y Fernández-Guinea, 2004). También utilizan respuestas absurdas, aproximaciones acierto-error-acierto, y ofrecen mayor oposición y protestas que el resto de los evaluados, llegando incluso a la no cooperación (APA, 2014). En general, dado su pobre conocimiento en psicopatología, tampoco se muestran selectivos a la hora de simular la afectación. Así, no se ciñen a un área concreta, y si por ejemplo intentan fingir problemas de memoria, no hacen distinciones entre memoria autobiográfica, a corto o largo plazo, etc. Tampoco se aprecia que se beneficien de claves y no se observa en ellos efecto recencia, rindiendo de modo similar independientemente que el ejercicio sea de conocimiento o de reconocimiento. Asimismo, tienden a realizar las tareas de modo desproporcionadamente lento y con evidentes faltas de atención, resultados que no aparecen incluso en poblaciones con daños moderados (Meyers, 2007). En cuanto al reconocimiento de síntomas, es cuando ponen en marcha las estrategias de exageración y combinación. En el primer caso afirman padecerlos en su máxima graduación (Rogers y Mitchell, 1991) y en el segundo, responden afirmativamente a la mayoría de los ítems independientemente de su contenido (Rogers, 1988), produciendo un perfil de combinación de sintomatología que no guarda relación con

el daño esperado, y en ocasiones incluso es incompatible (v. gr. esquizofrenia e hipomanía).

Cuando se topan ante una prueba de conocimiento como puede ser una entrevista de formato de recuerdo libre, la tarea se les antoja más compleja. En esta situación, ya no se trata de responder de modo afirmativo a los enunciados que les presenta el evaluador, sino que deben de describir *motu proprio* la sintomatología que interfiere en su desempeño laboral. En este contexto, recurren nuevamente a las estrategias de exageración en intensidad y en cantidad, perpetuación, combinación de sintomatología, y en todo caso, a la elicitación de sintomatología obvia, es decir, de los rasgos más conocidos de los trastornos (Greene, 1980). En el mejor de los casos, pueden documentarse y aprender una lista de síntomas que expondrán de modo automático. A menudo intentan también relatar problemas de la vida cotidiana presentándolos de modo contingente a una enfermedad mental, que es lo que Rogers (1990) denomina síntomas sutiles (v. gr. dificultad en la toma de decisiones). Sin embargo, aunque los intentos de manipulación de las respuestas por parte de los simuladores comparten, en general, ciertas características, existen pequeñas diferencias en función de la patología que intenten exponer y también hacen gala de otras estrategias no directamente relacionadas con las manifestaciones patológicas, pero sí con el modo de proceder ante las evaluaciones, por lo que a continuación señalaremos las más destacadas de cada una de las patologías mentales que, con mayor frecuencia, pueden dar lugar a una IT, a saber: trastornos de ansiedad, TEP, trastorno mixto ansioso-depresivo y trastornos afectivos.

Comenzaremos por los trastornos de ansiedad donde podemos subrayar las siguientes características: una dilatada historia de fracasos en múltiples tratamientos; falta de cooperación (intentar tomar el control en las entrevista, elevada latencia de respuestas evasivas al tratar de cuestiones centrales, o frecuente cancelación o retraso en acudir a las citas); exageración o elevado número de sucesos dramáticos en su vida cotidiana; resaltar síntomas muy precisos, centrándose en síntomas muy evidentes o conocidos, lo que otros autores denominan síntomas obvios del trastorno (Greene, 1980); puntuaciones extremas inconsistentes con la observación y registro conductual, rasgo apreciado también por

Rogers y Mitchell (1991); y la tendencia a aparentar sintomatología cuando es evaluado u observado.

Por su parte, el TEP, es el trastorno más estudiado en la literatura en relación con la detección de la simulación. Autores como Wilson y Moran (2004) y Resnick, West y Payne (2008), en sus respectivos estudios, han encontrado variables relacionadas con la sospecha de simulación tales como: la falta de cooperación; actitud evasiva y vaguedad en los detalles e incapacidad para referir detalles del trauma, relatando síntomas obvios; información incorrecta o poco plausible sobre los detalles de la experiencia traumática; referir conducta inconsistente con el conocimiento científico de los patrones de actuación del TEP (v. gr. capacidad para realizar actividades en su tiempo libre pero no en el trabajo); falsificación o alteración de documentos o informes; enfatizar en exceso el impacto de los *flashbacks*; pruebas psicométricas que advierten de distorsión en las respuestas; historial de conducta antisocial, diversos litigios, bajas laborales reiteradas, situación laboral irregular o insatisfacción con el trabajo; ausencia de pesadillas; presencia de buena autoestima; poca evitación al relatar acontecimientos traumáticos; no se observa falta de control de impulsos, problemas sexuales ni reacciones emocionales contingentes a sentimientos de culpabilidad, vergüenza, ira, frustración o indefensión que generalmente acompañan al TEP y, sin embargo, presentan una importante tendencia a culpar a los otros de todos sus males. En cuanto a las inconsistencias encontradas entre las entrevistas y la observación y el registro conductual, no se aprecian conductas de sobresalto exagerado ante sonidos fuertes (portazo) o inesperados (mano en el hombro por detrás); no se observan respuestas neurovegetativas esperables durante el relato como sudoración, palidez, tensión, rigidez, respiración agitada, etc.

En lo relativo al trastorno mixto ansioso-depresivo, es el que presenta mayor dificultad en cuanto al estudio de los criterios de simulación, debido a la generalidad y vaguedad de sus síntomas y a la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. No obstante, además de tener en cuenta los indicios ya mencionados para los anteriores trastornos, debemos prestar especial atención a no realizar diagnósticos rápidos y a la necesidad de estudiar fehacientemente los diversos criterios preceptivos para corroborar que no constituye otra problemática, es decir, realizar un correcto diagnóstico diferencial. Además nos corresponde valorar si realmente los síntomas descritos implican un nivel de malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral que justifique la

necesidad de una IT, esto es, que no se observen inconsistencias entre lo que el sujeto describe y cómo desarrolla su vida cotidiana.

En lo tocante a los trastornos afectivos, los indicadores de simulación que destaca la literatura no difieren en demasía de los considerados para los trastornos de ansiedad: falta de cooperación, exageración o dramatismo, énfasis en resaltar síntomas de enfermedad mental, en contraste con la conducta de enfermos reales, quienes son reticentes a hablar de sus síntomas; incoherencia y falta de consistencia entre los resultados de las pruebas y su funcionalidad, rindiendo generalmente peor de lo esperado por azar o que los propios enfermos (García-Domingo, Negredo, Fernández-Guinea, 2004); información sobre síntomas obvios pero no fisiológicos ni somáticos. Por ejemplo, no relatarían hipotonía muscular ni sensación de frío (Rogers, Sewel, Morey, y Ustand, 1996), voz y *riktus* cansado y poco expresivo. Al hacer referencia a la simulación de los estados depresivos, ésta suele ser mantenida en el tiempo no requiriendo gran desgaste físico, ya que fácilmente podemos exhibir pasividad y apatía en concordancia con los síntomas descritos. No obstante, la incoherencia de síntomas, una rápida intensificación del cuadro, la falta de período prodrómico, la ausencia de indicativos físicos (i. e. inapetencia, pérdida de peso, insomnio, hipotermia, bradicardia o modificación de los reflejos), o la falta de lentitud en la dicción, tan característica del discurso de las personas depresivas, pueden hacernos sospechar de simulación.

Derivadas de las principales estrategias de simulación, surgen una serie de fenómenos como la inconsistencia entre diversas pruebas que evalúen dominios similares, entre lo relatado por el simulador y lo observado por el evaluador, la sobresimulación, es decir, que la frecuencia, la intensidad o la duración exceda lo usual para la patología diagnosticada, la carencia de sintomatología fisiológica asociada a la enfermedad, la apreciación de síntomas aislados pertenecientes a diversos cuadros, pero que no constituyen ningún diagnóstico íntegro, el rendimiento marcadamente inferior a lo esperable, la no adecuación de la sintomatología descrita a la repercusión en los diversos ámbitos de la vida y la ausencia de alteración afectiva asociada a la enfermedad fingida, recidivas coincidentes con la posibilidad de alta, la presencia de respuestas absurdas o ilógicas, escasos avances terapéuticos o la no existencia de búsqueda de soluciones (Bianchine, Greve y Glynn, 2005), el brote de síntomas severos de aparición aguda que entran en contradicción con el desarrollo del cuadro conocido, etc. que serán las claves

que guíen un buen estudio de la simulación. En este sentido, Samuel y Mittenberg (2006) sintetizan en cuatro los aspectos fundamentales que contribuyen a la sospecha de simulación, a saber:

- a) La motivación y las circunstancias en que surge. Dado que están en juego incentivos económicos, es necesario estudiar el contexto en que se origina la demanda: si existe insatisfacción profesional, conflictos laborales, problemas socioeconómicos, una situación próxima a la jubilación, historias previas de engaño, etc.
- b) La sintomatología. La sospecha de simulación cobra mayor peso cuando se aprecian síntomas atípicos o inusuales, exageración de sintomatología, incongruencia en los resultados de las pruebas psicométricas y el curso normal de la enfermedad, etc.
- c) La presentación a la entrevista. La falta de cooperación y las discrepancias entre los datos que el sujeto ofrece en la entrevista y los que constan en la documentación preexistente suelen ser un indicadores positivos de simulación.
- d) La actividad/conducta fuera de la entrevista. La evidencia de aptitud laboral durante el periodo de reclamación, la realización de actividades lúdicas que contravienen la curación, buen funcionamiento general excepto en lo que guarda relación con su ámbito laboral y la falta de adherencia al tratamiento también son variables que apoyan la hipótesis del fraude.

Por lo expuesto hasta el momento, podemos concluir la imposibilidad de detectar la simulación de modo unidimensional (Díaz, 2014), ya que existen multitud de estrategias y ardides, más o menos sutiles en función del conocimiento que posea el simulador, para intentar engañar al evaluador. En consecuencia, la literatura actual recomienda y avala los modelos multimétodo para llevar a cabo un correcto estudio de la simulación (Arce y Fariña, 2005; Hutchinson, 2001; Santamaría, Capilla, y González, 2013; Wygant, y Granacher, 2015), exigiendo una valoración compleja multifacética con medidas empíricamente validadas y test especializados con indicadores de validez que evalúen sistemáticamente estrategias de simulación y las diversas motivaciones que pudieran subyacer (APA, 2013; Gillard y Rogers, 2010; Kane, 2010). Asimismo se aconsejan valoraciones extensas ya que esto dificulta la simulación, obligando al evaluado a tener

que mantener en el tiempo, tanto la sintomatología evidenciada como lo narrado a través de las distintas entrevistas (Díaz, 2014).



CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN FORENSE DE LA SIMULACIÓN

Tanto el engaño como la mentira han acompañado a la humanidad desde sus inicios, independientemente de la edad de la persona o la clase social. Generalmente, el objetivo de la simulación o el engaño, como ya hemos ilustrado, es obtener alguna clase de beneficio. Tanto es así, que desde tiempos pretéritos hay conocimiento de procedimientos para la detección del mismo. Ya desde la antigua Grecia podemos tomar como ejemplos a Hipócrates o a Galeno, quienes elaboraron ensayos sobre el estudio de las enfermedades simuladas más comunes en su época, ofreciendo, además, una serie de reglas para diferenciar los dolores simulados de los reales (Gisbert, 1991). Con el transcurso del tiempo los métodos se han ido perfeccionando, desde los indicios que utilizan los seres humanos en su vida cotidiana, dependientes del contexto y cultura, hasta los complejos protocolos desarrollados para la evaluación y análisis de la simulación en los foros judiciales, por ejemplo.

Dado que existen multitud de ardidés de los que los simuladores se pueden valer para intentar obtener algún provecho, debemos tener en cuenta que es muy importante el modo en que se lleva a cabo la evaluación del engaño, ya que no todos los instrumentos son útiles para la detección de la simulación. Por ello, y sobre todo en lo que concierne al campo forense, nos vemos obligados a no abordar el peritaje desde una única medida, siendo necesario el acercamiento multimétodo (Arce y Fariña, 2015; González et al., 2012; Vilariño, Fariña, y Arce, 2009; Wygant, y Granacher, 2015), donde se combinen técnicas de medida basadas en reconocimiento y en conocimiento. De este modo nos aseguramos poder constatar la consistencia inter-medidas, es decir, que seamos capaces de contrastar los datos obtenidos a través de diferentes medidas. Además, evitaremos que, como ocurre al servirnos sólo de los *checklists*, proporcionemos información sobre los trastornos mentales, facilitando las respuestas y sesgándolas hacia una posible simulación; dado que la literatura informa que los sujetos son capaces de simular una enfermedad mental y discriminarla de otras (Blanco, Arce y Seijo, 2016; Rogers, 1997a). Por otra parte, con la evaluación multimétodo también estaremos previniendo la comisión de falsos positivos, es decir, considerar simuladores a sujetos enfermos; errores de omisión, que consistiría en no detectar a verdaderos simuladores y la validación de impresiones diagnósticas como verdaderos diagnósticos.

Así, existen diversos métodos para la detección de la simulación, y debemos decantarnos de entre el amplio abanico de posibilidades que se nos presenta, tal y como hemos propuesto, por una combinación de metodología que incluya pruebas de conocimiento, reconocimiento y observación y registro conductual. Entre los primeros encontramos las entrevistas en formato de recuerdo libre, y entre las segundas, disponemos de multitud de pruebas psicométricas para la evaluación clínica, aunque se reducen las posibilidades si requerimos que éstas dispongan de robustas escalas de validez para el análisis de la manipulación de las respuestas.

A continuación expondremos los instrumentos psicométricos más utilizados en la evaluación psicológico-forense que cuentan con escalas de control de la simulación, y que también son útiles para la evaluación de las IITT, como el MMPI-2, el SCL-90-R o el PAI.

5.1.- INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS DE MEDIDA DE ORDEN CLÍNICO CON CONTROL DE LA SIMULACIÓN

Pruebas psicométricas como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota (MMPI-2) (Hathaway y McKinley, 1999), el Inventario de Evaluación de Personalidad (PAI) (Morey, 1991), o el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 2002) son un buen complemento a las entrevistas para la detección de la simulación (Arce y Fariña, 2015; Arce, Fariña, y Quinteiro, 2013; Blanco, Arce y Vázquez, 2010). No obstante, en contra de lo que muchos creen, los test sólo proporcionan impresiones diagnósticas, y no categorizan a los sujetos dentro de un patología concreta, es decir, por sí solos no diagnostican. A continuación describiremos brevemente las principales características de éstos instrumentos.

Una herramienta que la investigación ha destacado como útil en la detección de la simulación ha sido la desarrollada por Morey en 1991, el PAI, que supone un importante avance en la evaluación de psicopatologías a través de medidas objetivas de personalidad. Está diseñado para ser aplicado a adultos, con una duración aproximada para sus 344 ítems de en torno a 45 minutos. Las ventajas que presenta a nivel psicométrico son que las respuestas a los ítems son tipo Likert, reflejando cuatro grados: falso, ligeramente cierto,

medianamente cierto y muy cierto, por lo que las personas no son obligadas a decantarse únicamente entre la opción de respuesta verdadero o falso. En cuanto a la validez discriminante, ésta se ve incrementada al utilizar escalas que no se solapan. Es de fácil comprensión, y cuenta con 22 escalas: cuatro escalas de validez que evalúan diferentes estilos de respuesta: Inconsistentes (*INC*), Infrecuentes (*INF*), Impresiones negativas (*NIM*) e Impresiones positivas (*PIM*); once escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas); cinco escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones Suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento); dos escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad); diez índices complementarios, cinco de ellos de validez, a saber, Inconsistencia al final del cuestionario (*INC-F*), Índice de simulación (*SIM*), Función discriminante de Rogers (*FDR*), Índice de defensividad (*DEF*) y Función discriminante de Cashel (*FDC*).

En relación al SCL-90-R (Derogatis, 2002) ofrece la posibilidad de valorar, mediante 90 ítems, nueve patologías: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Además, presenta 7 ítems adicionales que no se concretan en ningún factor, pero presentan gran relevancia clínica. Por otra parte, cuenta con tres índices globales de validez que son el Índice de severidad global (*GSI*), Índice de malestar referido a síntomas positivos (*PSDI*), y el Total síntomas positivos (*PST*).

En lo que respecta al MMPI, por ser el instrumento de medida utilizado en esta investigación, y ante la pretensión de comparar su funcionamiento en las distintas versiones que ofrece, tendrá un estudio más pormenorizado.

5.1.1.- Historia y evolución del MMPI: el MMPI, MMPI-2 y MMPI-2-RF

El MMPI original fue creado por Hathaway y McKinley en la década de los 30 y publicado por primera vez en 1942. Se construyó de forma empírica, con más de mil ítems

desarrollados a partir de la experiencia personal, creencias y actitudes de los pacientes. Para ello se eligieron inicialmente 504 elementos, aunque posteriormente serían 550 los que pasarían a formar parte de la prueba en base a la experiencia clínica y a las técnicas de examen existentes en aquel momento, dando como resultado los ítems de los ocho grupos diagnósticos: Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Paranoia, Psicastenia (trastornos de ansiedad), Esquizofrenia e Hipomanía. Posteriormente fueron añadidas la escala de Masculinidad/feminidad y la de Introversión social, junto a cuatro escalas de validez: la escala Interrogantes, *L*, *F* y *K* (Mckinley, Hathaway y Meehl, 1948). La muestra de tipificación del grupo control estuvo constituida por sujetos de entre 16 y 65 años, acompañantes de enfermos y personal del Hospital de la Universidad de Minnesota, junto a un pequeño grupo de estudiantes universitarios. El grupo experimental estaba compuesto por pacientes de dicho hospital, que presentaban un trastorno concreto de un modo bastante puro. Pronto se observó que la fuente principal de información de dicho test eran los perfiles, y no tanto las escalas individuales aisladas, por lo que se abandonó el modelo diagnóstico pasando a evaluar características normales/anormales de personalidad, síntomas psicopatológicos y tendencias comportamentales. Así, su interpretación evolucionó desde la consideración individual de las escalas como representativas de síndromes clínicos hasta tomar en cuenta el perfil global.

El uso de este instrumento se extendió rápidamente a muy diversos contextos, por lo que la muestra de tipificación pronto se quedó obsoleta por datar de los años 30 y estar mayoritariamente compuesta por caucásicos nacidos en Minnesota, de clase obrera rural con una media de 8 años de escolaridad, dejando de ser generalizable a la gran multitud de ámbitos a los que se propagó el test. Por otra parte, también acuciaba la necesidad de actualizar los ítems, depurando y eliminando los que no puntuaban en ninguna de las escalas, los que se habían quedado anticuados respecto a la cultura o contexto considerándose ofensivos y los que formaban parte de varias escalas, aumentando artificialmente la correlación entre ellas. Estas fueron las principales críticas que hicieron que surgiera el interés por continuar con la tradición del MMPI, y actualizarlo, hasta convertirlo en 1989 en el MMPI-2.

Para la construcción del MMPI-2, primeramente se trabajó sobre una versión de investigación denominada AX, que constaba de los 550 ítems originales a los que se le añadieron 154 ítems provisionales que servirían de sustitutos a los que incluían contenidos

ofensivos, lenguaje sexista, los que no mostraban un adecuado funcionamiento, bien por no demostrarse su valor diagnóstico, por ser enunciados de difícil comprensión, muy similares a los ya existentes o por la necesidad de ofrecer una mayor cobertura a temas a los que no se les había prestado suficiente atención (Schofiel, 1966). Así se constituyó el nuevo abanico de 704 ítems, aunque la versión final revisada se configuró finalmente con 567 tras los cambios definitivos, la actualización y modernización del idioma y la simplificación gramatical (Ben-Porath y Butcher, 1989). Posteriormente, se añadieron a estos pequeños avances 2 nuevas escalas de inconsistencia, a saber, *VRIN* y *TRIN* (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, y Kaemer, 1989), para la detección de patrones de respuestas aleatorias o fijas. Adicionalmente se creó la escala *Fb* (Butcher et al., 1989), similar a la *F*, pero con margen de actuación en la segunda mitad de los ítems del test (Greene, 2011). Por otra parte, a partir de los 704 ítems del cuadernillo AX, también se desarrollaron nuevas escalas de contenido (15 finalmente) ofreciendo una evaluación más precisa de áreas no referidas directamente en las escalas básicas como miedos, ansiedad, ira, pensamientos bizarros, comportamiento tipo A, satisfacción laboral, problemas familiares, etc. (Butcher et al. 1990; Ben-Porath y Sherwood, 1993). En el año 2001 Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer presentaron una edición revisada del manual, donde se incluían dos nuevas escalas de validez, a saber, la *Fp* y la *S* (Butcher y Han, 1995). La primera de ellas es una escala de infrecuencia psiquiátrica, mientras que la segunda, detecta autopresentación superlativa, correlacionando positiva y significativamente con la escala *K* (Greene, 2011).

En lo referente a la muestra de tipificación, para solventar los problemas de representatividad previos, este nuevo conjunto de ítems fueron aplicados a más de 2900 personas de diversas zonas y de todos los estamentos de la población de EEUU, incluidas minorías étnicas no tenidas en cuenta anteriormente. De los 2900 casos, 2600 fueron válidos (1462 mujeres y 1138 hombres). También se utilizó un nuevo método para calcular las puntuaciones típicas (Tellegen y Ben Porath, 1992). De este modo, se obtuvieron las distribuciones de las puntuaciones directas de forma separada para varones y mujeres en todas las escalas de validez y clínicas, la estandarización utilizaría ahora puntuaciones T normalizadas, evitando así los sesgos del MMPI original, estableciendo como punto de corte para la interpretación clínica una $T = 65$.

En años posteriores se siguió trabajando sobre la gran cantidad de información que aportaban los reactivos constituyentes del MMPI-2, y fueron surgiendo nuevas aportaciones, entre ellas se incluyen las cinco escalas de personalidad psicopatológica, (*PSY-5*), (Harkness, McNulty, Ben-Porath, y Graham, 2002). Por otra parte, en el año 2009 se presentaron las escalas clínicas reestructuradas (*RC*) (Tellegen et al., 2003). Éstas nacieron a raíz de las críticas a la validez convergente y discriminante de la mayoría de las escalas clínicas básicas, acusadas de ser demasiado heterogéneas internamente, abarcando contenidos muy variados con solapamientos entre ítems. Por estas circunstancias, el objetivo de las nuevas escalas era la disminución de la heterogeneidad interna de las escalas iniciales. Para intentar conseguir unas escalas independientes, se llevaron a cabo 4 fases. Primeramente, se identificó una medida para la desmoralización, factor inespecífico causante de la varianza compartida y de gran parte de la heterogeneidad, entendiéndola como combinación de activación negativa alta y activación positiva baja (Tellegen, 1985). Tras separar este factor se hallaron 11 componentes distintivos de las escalas clínicas. Así, se desarrollaron las 9 escalas *RC*, una de Desmoralización y las otras 8, representativas de las principales psicopatologías, excluyendo la escala de Introversión social (*Si*) y la de Masculinidad/feminidad (*Mf*) (Greene, 2011). Estas escalas serán las que sustituyan a las escalas clínicas básicas en el MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009).

5.1.1.1.- La adaptación española del MMPI-2

La traducción al castellano de la primera versión del MMPI, recogía diversos ítems con sentido ambiguo, extraño o con sesgos inaceptables de corte ideológico. Además, la adaptación española de 1975, reeditada en 1986, evidenciaba unos baremos oficiales autorizados por la Universidad de Minnesota que no se ajustaban a la población española, por lo que comenzaron a utilizarse las denominadas “normas 1979” elaboradas por Seisdodos (1970). Ahora bien, la muestra carecía de estratificación por edades y zonas geográficas, estando mayoritariamente integrada por adolescentes, estudiantes universitarios y sujetos que cumplían el servicio militar, por lo que eran muestras incidentales y asistemáticas. Por todo ello, imperaba la necesidad de corregir los defectos formales y los contenidos de los ítems, actualizándolos e incrementado, al mismo tiempo,

la fiabilidad y la validez. Para la traducción al castellano se contrastaron las diferentes versiones del cuestionario realizadas en lengua española para los otros países de habla hispana como México, Argentina y Chile. El primer estudio experimental fue realizado con una muestra de 193 varones y 233 mujeres en condición de normalidad, obteniendo resultados muy similares a la muestra norteamericana (Ávila y Jiménez, 1996). Posteriormente, se fueron ampliando las muestras tanto en población normal como clínica, con sujetos de edades comprendidas entre los 19 y los 65 años de todas las regiones de España hasta un total de 1906 de condición normal, y 525 de condición clínica. Una vez llevados a cabo los análisis para comprobar la equivalencia entre la versión española y la americana, se observaron intercorrelaciones similares entre ellas (Graham, 2011).

5.1.1.2.- Características y descripción del MMPI-2

El MMPI-2 está compuesto por 567 ítems, con opción dicotómica de respuesta (verdadero o falso) según el sujeto estime oportuno. Su principal inconveniente es que se requiere un nivel mínimo de comprensión y razonamiento, ya que precisa de un tiempo medio para su aplicación que puede oscilar entre 60 y 90 minutos, pudiendo aplicarse a sujetos adultos. No obstante, también existe una edición para adolescente, el MMPI-A. El instrumento presenta diversas escalas de validez como la de Interrogantes (?), *L*, *F*, *K*, *Fb*, *TRIN*, *VRIN*, y las configuraciones de interés para la simulación como el índice Gough (*F-K*) y el perfil en *V* y *V* invertida.

La evaluación se realiza mediante 10 escalas clínicas básicas, Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social. También cuenta con una ingente cantidad de escalas adicionales que pueden ayudar a complementar la evaluación de ciertas características del sujeto evaluado y a establecer un adecuado diagnóstico diferencial (Blanco, Arce y Seijo, 2016). Todas las escalas que componen el instrumento serán ampliamente descritas en la parte metodológica de este trabajo.

5.1.2.- El MMPI-2-RF

Finalmente, aunque el MMPI-2 se presenta como una de las pruebas psicométricas más recomendadas para la evaluación de la simulación (Lally, 2003; Vilariño, Arce, y Fariña, 2013), y cuenta con un aval innumerable de literatura científica, concretamente, tiene un gran peso en el peritaje forense de casos penales (Borum y Grisso, 1995; Vilariño, Fariña, y Arce, 2009), en casos de custodia (Ackerman y Ackerman, 1997; Fariña, Arce, y Sotelo, 2010), en litigios por daños emocionales (Boccaccini y Brodsky, 1999) y en los contextos médicos tales como pacientes con dolor crónico y candidatos a trasplantes de órganos (Arbisi y Seime, 2006). Sin embargo, la literatura al uso también señala que uno de los mayores hándicaps que se le atribuye es su compleja interpretación, y el elevado tiempo que es necesario para su aplicación. De estos problemas surgió la idea de actualizar y dotar de mayor eficiencia al test, por lo que partiendo de los ítems con gran significado clínico de los que se disponía, se intentaron crear nuevas escalas claramente identificativas, estructuradas, discriminantes y vinculadas a modelos actuales, reduciendo con ello el tiempo necesario para la aplicación.

Así, sirviéndose de los más de 60 años de investigación atesorados sobre esta prueba y el amplio corpus teórico y metodológico con el que se contaba, se inició el proceso de reestructuración y definición del MMPI-2, seleccionando los ítems más relevantes en cada una de ellas, haciéndolas, de este modo, más consistentes, independientes y discriminantes. De este esfuerzo integrador surgió el MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009) compuesto por 338 ítems distribuidos a través de 50 escalas, reduciendo así el tiempo en la aplicación (de 35 a 50 minutos). Algunas de las ventajas que se le presumen a este reformulado test son entre otras, que se ha intentado obtener una mayor precisión en la estimación de la validez de los resultados ya que se ha tratado de incorporar toda la investigación acumulada acerca de su predecesor sobre simulación y disimulación; la interpretación que se ofrece se centra en el contenido de las escalas, con una mayor especificidad, ya que los ítems son menos homogéneos, reduciendo las redundancias e incoherencias interpretativas.

En lo que respecta a la configuración de las nuevas escalas podemos destacar que de modo global, los 338 ítems que lo componen se desglosan en escalas de validez y escalas sustantivas. Las primeras se centran en el estudio de la consistencia de las

respuestas y posibles patrones de exageración o minimización de síntomas que serán analizadas posteriormente en la parte empírica; y las segundas, estudian las alteraciones somáticas/cognitivas, emocionales, del pensamiento, comportamentales, relaciones interpersonales, intereses, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Estas escalas sustantivas se estructuran en tres grandes niveles: 3 escalas de dimensiones globales (o escalas de segundo orden), que evalúan contenidos tales como Alteraciones emocionales (internalizantes), Alteraciones del pensamiento y del Comportamiento (externalizantes); 9 *RC* que ofrecen información sobre Desmoralización, Quejas somáticas, Escasez de emociones positivas, Desconfianza, Conducta antisocial, Ideas persecutorias, Emociones negativas disfuncionales, Experiencias anormales y Activación hipomaniaca; y 23 escalas sobre problemas específicos, a través de las cuales podemos evaluar diversas características psicopatológicas y psicosomáticas, que se desglosan en 5 escalas somáticas y cognitivas (Malestar general, Quejas gastrointestinales, Quejas de dolor de cabeza, Quejas neurológicas y Quejas cognitivas); 9 escalas de internalización (Ideación suicida, Indefensión/desesperanza, Inseguridad, Ineficacia, Estrés/preocupaciones, Ansiedad, Propensión a la ira, Miedos incapacitantes y Miedos específicos); 4 de externalización (Problemas de conducta juvenil, Abuso de sustancias, Agresión y Activación) y 5 escalas interpersonales (Problemas familiares, Pasividad interpersonal, Evitación social, Timidez y Misantrópía). También encontramos dos escalas relativas a Intereses estético-literarios y mecánico-físicos, y, finalmente, las *PSY-5* tales como Agresividad-revisada, Psicoticismo-revisada, Falta de control-revisada, Emocionalidad negativa (Neuroticismo-revisada) e Introversión (Escasa emocionalidad positiva-revisada).

Aun así, a pesar de los aparentes avances que supone el MMPI-2-RF, todavía cuenta con un gran número de críticas que analizaremos a continuación.

5.1.2.1.- Críticas al MMPI-2-RF

El manual del MMPI-2-RF alude a los diversos ámbitos de aplicación del MMPI-2, desde planificación de tratamientos a evaluaciones forenses, pasando por psicólogos clínicos, neuropsicólogos, selección de personal, etc., y refiere literalmente que “el MMPI-2-RF es un instrumento de amplio espectro pensado para ser utilizado en la misma variedad de contextos de evaluación psicológica que el MMPI-2” (p. 20); pero que se

diseñara con ese fin, no significa que se haya mostrado útil en estas áreas tal y como sí acaece con su predecesor.

No en vano, las críticas que más comúnmente surgen al hablar del MMPI-2-RF vienen derivadas de que, a pesar de las aparentes ventajas que se le presumen, una parte de la comunidad científica señala que el MMPI-2 y el MMPI-2-RF no son pruebas realmente equivalentes, por lo que con la utilización de la nueva fórmula, estamos perdiendo parte de la investigación acumulada durante años sobre el funcionamiento de las diversas escalas, configuraciones y perfiles. Así, en contextos forenses donde es de máxima importancia el control de la simulación y disimulación, autores como Graham (2011), advierten que la utilización de instrumentos novedosos implica que los profesionales deben ser conscientes de los posibles problemas que se derivan de la inexistencia de un cuerpo abundante de literatura que los avale. En ese sentido, las pruebas psicométricas ya consolidadas cuentan con gran respaldo en la comunidad científica, por lo que ofrecen todas las garantías necesarias para poder trabajar y obtener datos fiables y válidos. Respecto a esto, siguiendo a Greene (2011), podemos incidir sobre tres aspectos fundamentales. El primero de ellos, es la pérdida de la utilización de los resultados tipo código o perfil, que ha sido el centro de la interpretación tanto del MMPI como del MMPI-2 a lo largo de más de 60 años. Esto es así, porque las escalas clínicas básicas del MMPI-2 no están incluidas en el MMPI-2-RF y, consecuentemente, no puede establecerse el tipo de perfil como se ha venido realizando hasta ahora, perdiendo con ello información muy relevante a la hora de considerar cual es la impresión diagnóstica primaria. Por otra parte, ninguna de las escalas de contenido, ni suplementarias del MMPI-2 pueden ser puntuadas a través del MMPI-2-RF, por lo que el corpus de la investigación atesorado acerca de las mismas, se ha perdido. En tercer lugar, este autor señala que la denominación de MMPI-2-RF no es un nombre apropiado dado que la única relación que hay entre ambos, es que el RF hace uso de un subconjunto de ítems que conforman la versión anterior, que tienen escalas de validez similares y se sirve de su grupo normativo, pero que no deben considerarse formas equivalentes, sino más bien como una nueva prueba psicométrica de autoinforme.

Otra de las críticas que se alzan sobre la nueva forma adoptada por el MMPI, son las que se desprenden de las propiedades psicométricas del instrumento. En ese sentido, Nichols (2011) apunta que hay recelos acerca de las características psicométricas de diversas escalas, bien por la consistencia interna que atañe a la validez de los constructos o

por los posibles sesgos que puede generar la decisión de utilizar baremos comunes para ambos sexos y no medidas específicas sensibles al género. Recordemos que Hathaway y McKinley (1999) recalcaron que se constatan diferencias de género altamente significativas en la mayoría de las escalas del MMPI-2 en cuanto a las puntuaciones directas se refiere. En lo que respecta a este último punto, bien es conocido por la literatura al uso y las múltiples investigaciones que así lo avalan, que se encuentran diferencias relativas al género en algunas cuestiones como pueden ser determinados rasgos de personalidad, síntomas o trastornos mentales (Mason, Bubany, y Butcher, 2012). En este sentido, Archer, Hagan, Mason, Handel y Archer (2012) refieren en su estudio que tanto en las *PSY-5*, como en las de problemas específicos (*SP*) y las de segundo orden (*H-O*) muestran efectos de género que se reflejan en las puntuaciones, ya que las mujeres tienden a puntuar más alto en quejas somáticas, cognitivas y problemas internalizantes, mientras que en los hombres, generalmente, aparecen puntuaciones más elevadas en sintomatología externalizante. Otras escalas que podrían servir como ejemplo a la hora de reclamar la necesidad de disponer de baremos diferenciados por género, serían las escalas *RC1*, referente a quejas somáticas, *RC3* que determina desconfianza, o *RC7*, con ítems que engloban emociones negativas disfuncionales, donde aparecen diferencias en el modo de responder entre hombres y mujeres. Aparte de las escalas mencionadas anteriormente, una cuestión que necesita especial atención, en referencia a los posibles sesgos de género, es la que concierne a la interpretación de la escala de validez de los síntomas revisada (*FBS-r*) ya que hombres y mujeres se comportan de modo diferente ante esta escala (Gass, Williams, Cumella, Butcher, y Kally, 2010). Aunque esta cuestión será tratada posteriormente en el apartado específico referido a la escala *FBS*.

Así, tal y como hemos expuesto en el apartado de la prevalencia de los trastornos mentales según el género, queda ampliamente avalado por la literatura la necesidad de elaborar unos baremos que tengan en cuenta las características específicas de cada género y, solventar así, la limitación que supone no disponer de baremos específicos sensibles al género en una prueba psicométrica de la envergadura del MMPI (APA, 2014; Eaton et al., 2012; Montero et al., 2004; OED, 2011, 2013).

Otra de las ventajas que se le suponen al MMPI-2-RF es la elaboración de escalas más homogéneas internamente. Un ejemplo de ello lo hallamos en el desarrollo de una escala *per se* con el denominado factor de Desmoralización (que puntuaba en muchas de

las escalas clínicas básicas del MMPI-2), facilitando así la interpretación, ya que las escalas del RF están organizadas en categorías conceptuales que hacen más sencillo conocer en dónde se produce la elevación de las puntuaciones. No obstante, aunque las escalas clínicas fueron acusadas de ser demasiado heterogéneas internamente, abarcando contenidos muy variados con solapamientos entre ítems, la literatura no se pone de acuerdo sobre si eso es una ventaja o un inconveniente, concluyendo en todo caso, la necesidad de mayor investigación al respecto; por lo que hay controversia sobre si es mejor conservar el contenido heterogéneo de las escalas del MMPI-2 o, si por el contrario, sería mejor que cada escala midiese una única dimensión. Por ende, hay estudios que defienden la naturaleza compleja de las escalas clínicas del MMPI-2 dada la riqueza de los fenómenos clínicos que se intentan medir. En este sentido, autores como Nichols (2006) y Khouri (2011) apoyan la utilización de las escalas del MMPI-2 por ser más sensibles a la psicopatología que las nuevas escalas reestructuradas, ya que considera la naturaleza heterogénea de muchas de las escalas clínicas como un reflejo de la riqueza del síndrome complejo del fenómeno clínico. Las críticas a las escalas reestructuradas se basan en que al eliminar la varianza común de las escalas del MMPI-2, las *RC* del MMPI-2-RF pierden validez ecológica, porque pese a que de este modo son más fáciles de interpretar, los sujetos reales tienden a presentar patrones complejos de síntomas, no una sintomatología pura; es decir, su desacuerdo se basa en que la psicopatología es muy compleja como para poder reducir todos sus síntomas a ítems homogéneos. En este sentido, existen grupos de investigadores que señalan al MMPI-2-RF como un instrumento pobre en cuanto a sensibilidad psicopatológica (Greene, Rouse, Butcher, Nichols y Williams, 2009; Khouri, 2011), por lo que se aprecia que las escalas *RC* del MMPI-2-RF tienden a reflejar puntuaciones T, en general, más bajas que las que mostraban las escalas básicas del MMPI-2, cobrando fuerza la tesis de que la mayoría de las escalas del MMPI-2 tiene mayor sensibilidad clínica que las escalas reestructuradas en todos los niveles de patología, especialmente en los niveles más bajos (Gordon, Stoffey, y Perkins, 2013). Así lo advierten también diversos estudios realizados con muestras de evaluaciones de custodias (Kauffman, 2011) y mujeres víctimas de agresiones sexuales (Sobrio y Hass, 2012). Otras investigaciones (Gordon, Stoffey, y Perkins, 2013) apuntan en la misma línea, encontrando que las escalas reformuladas, aplicadas en una muestra de agresores, son poco sensibles a la psicopatología de los mismos, mientras que en las escalas básicas del MMPI-2 sí se

apreciaban elevaciones, por ejemplo, en la escala de Desviación psicopática (Pizitz y McCullough, 2011). Por su parte, Forbey y BenPorath (2007) estiman que la psicopatología detectada en una muestra de personas incluidas en un tratamiento por abuso de sustancias, es menor en las escalas reformuladas del MMPI-2 RF, que en las escalas básicas del MMPI-2. Wallace (2005) también observa resultados similares y enfatiza que la falta de corrección *K* y de ítems sutiles, no es la explicación de este fenómeno tal como proponen algunos autores, sino que ambas cuestiones añaden sensibilidad diagnóstica al MMPI-2, lo que no se encuentra en las escalas homogeneizadas del RF. Así, estos autores aconsejan utilizar las escalas clínicas para realizar una primera aproximación, es decir, para el cribado, y servirse de las escalas reestructuradas a modo de escalas suplementarias.

Gordon (2006) y Nichols (2006) también defienden la complejidad del diagnóstico clínico, por lo que a su entender, las escalas de un test no pueden ser reduccionistas e intentar buscar una alta consistencia interna entre los ítems, porque de este modo se estaría perdiendo información. Por otra parte, también añaden que no podemos intentar reducir la psicopatología a “átomos” o rasgos puros, porque un mismo atributo puede formar parte de varias psicopatologías. Para ejemplificar lo hasta ahora expuesto, tomaremos como referencia trastornos como la Histeria, el TEP, o el diagnóstico de Personalidad límite que están constituidos por un amplio grupo de síntomas no relacionados. Por consiguiente, para evaluar estos desórdenes complejos no podemos insistir en asumir la consistencia interna de los síntomas, sino, lo que conseguiremos será un reduccionismo que puede sacrificar la validez externa y la utilidad clínica. No obstante, las escalas con alta consistencia interna funcionan bien para medir trastornos como la Ansiedad o problemas de ira. Un ejemplo que ilustra el riesgo que se desprende de intentar pulir una escala hasta dejarla en una única dimensión, es lo que sucedió con la escala de Histeria del MMPI-2, que fue convertida en la escala *RC3* denominada “Cynism”, Escala de Desconfianza. Esta última tiene poca utilidad clínica, porque el cinismo es un componente de la Histeria, pero no se pueden equiparar, dado que la Histeria, como escala, está integrada por muchas más variables, y no podemos reducirla, única y exclusivamente, a un rasgo de la misma. Lo que acaeció en el proceso de simplificación fue que se eliminaron los ítems referentes a la desmoralización y a las quejas somáticas elaborándose con ellas unas escalas propias independientes. También se desestimaron ítems relativos a la ingenuidad, característica, al igual que las anteriormente mencionadas, de la histeria. Por

ende, una escala compuesta por múltiples rasgos, Histeria, fue sustituida por una que evalúa únicamente una característica, cinismo. Algo similar ocurre con las escalas *RC4* (Conducta antisocial), *RC7* (Emociones negativas disfuncionales) o *RC9* (Actividad hipomaniáca) ya que no se pueden considerar equivalentes a las originales del MMPI-2 (Gordon, 2006; Gordon et. al, 2013).

Asimismo, encontramos problemas en lo que compete a la pérdida de validez en el ámbito forense, por ejemplo, en lo relativo a casos de familia, donde la evaluación de la competencia parental es un tema en el que se revela de vital importancia la detección de posibles intentos de disimulación, siendo común que ambos progenitores tiendan a ocultar o minimizar problemas psicológicos y presentarse de modo favorable (Arce, Fariña, Seijo y Novo, 2014; Bagby, Nicholson, Buis, Radovanic, y Fidler, 1999; Fariña, Arce y Sotelo, 2010; Fariña, Seijo, Arce, y Novo, 2002). Aunque por todos es sabido que este tipo de evaluaciones han de ser multimétodo, el MMPI-2 es un valioso instrumento que aporta una impresión diagnóstica que nos ayuda, junto con las restantes medidas, a formarnos una idea del estado de salud mental de los progenitores (Ackerman y Akerman, 1997). En contraposición, no ocurre lo mismo con la nueva versión del MMPI-2-RF, ya que al reducir el número de ítems, se han eliminado un conjunto de preguntas con gran relevancia en las evaluaciones sobre custodias, a saber, 21 ítems relativos a actitudes antisociales, 21 relacionados con el desempeño en el trabajo, 15 relativos a problemas familiares y 11 que abordaban eventos vitales negativos (Butcher, 2011; Butcher y Williams, 2012). Por lo que la mayoría de las nuevas escalas no ofrecen a los profesionales la solidez que sí brindaba el MMPI-2, avalado por multitud de investigaciones al respecto (Ackerman y Ackerman, 1997; Arbisí y Seime, 2006; Fariña, Arce, y Sotelo, 2010; Lally, 2003; Vilariño, Arce, y Fariña, 2013).

No obstante, en lo que concierne a la eliminación de ítems, no solo afecta a la evaluación forense en casos de familia, sino también a otros muchos ámbitos de aplicación dada la importante pérdida de información que produjo. Comenzaremos haciendo mención a la escala de actitudes antisociales. Así, podemos hacer alusión a las diversas escalas que miden este constructo: una denominada Antisocial practices (*ASP*), dos subescalas, Antisocial attitudes (*ASPI*) y Antisocial behavior (*ASP2*), y un conjunto de ítems críticos que lo evalúan (*LWAnti*) (Lachar y Wrobel, 1979). *A priori*, debemos suponer que el MMPI-2-RF evalúa las actitudes antisociales a través de la escala *RC4*. Con todo, la

subescala que mejores resultados obtiene al respecto es la *ASPI* (Antisocial attitudes), no existiendo ninguna otra equivalente disponible en el RF (Greene, 2011). En lo referente a las escalas para el estudio de la Hipomanía, la escala 9 (*Ma*) se presenta como la que mejores resultados obtiene, frente a la escala *RC9* y a la escala *Activation (ACT)*, no disponiendo ésta última de correlatos empíricos que la avalen (Greene, 2011). En lo tocante a la determinación de las cogniciones negativas, podemos establecer la existencia de 9 escalas que abordan esta temática. La escala 7 *Psicastenia (Pt)*; *Low self-Esteem (LSE)*; *Obsessions (OBS)*; la escala clínica reestructurada *RC7*; *Helplessness/hopelessness (HLP)*; *Self doubt (SFD)*, e *Inefficacy (NFC)*. La escala que mejor evalúa el constructo es la *LSE*, si bien es probable que no aporte demasiada información. No obstante, ninguna de las escalas con las que cuenta el RF son buenas candidatas, por sí mismas, para evaluar las cogniciones negativas. Ya por último, resaltar que aunque sí lo hacía su predecesor, el *MMPI-2-RF* tampoco cuenta con escalas para la evaluación de la alienación social, preocupaciones sexuales, ni problemas de sueño específicamente (Greene, 2011).

Otro tema de controversia generado en torno al *MMPI-2-RF* es la validez de la escala *Fake bad scale-r (FBS-r)*, renombrada en 2007 como *Symptom validity scale* que se incluye dentro del conjunto de medidas que se presentan para el control de la exageración. Está compuesta por 30 ítems (43 en el *MMPI-2*) que detectaría sujetos con síntomas no creíbles, donde puntuaciones altas se asociarían con exageración de quejas somáticas o cognitivas. Muchos de los hándicaps referentes a esta escala están relacionados con que las quejas de pacientes reales, con discapacidad, dolor crónico, disfunciones cognitivas o desórdenes de alimentación puntuarían en esta escala como si realmente estuvieran simulando, cuando en realidad relatan manifestaciones propias de sus enfermedades (Butcher, Arbisi, Atlis, y McNulty, 2003). De este modo, hay estudios que aseguran que la *FBS-r* no recoge síntomas inusuales, síntomas raros, ni respuestas psicósomáticas extrañas, sino que además de incluir ítems que no son reactivos como tal, sino más bien virtudes, actitudes, motivaciones o reconocimiento de situaciones de estrés, está compuesta mayoritariamente por sintomatología muy común y compatible con diversas enfermedades, como pueden ser dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza, despistes u olvidos, insatisfacción sexual, baja energía, etc. (Gass et al., 2010; Gass y Odland, 2012). Es decir, no evalúa una sola dimensión en lo referente a sintomatología, sino que consta de diversos subgrupos de síntomas, siendo un conjunto heterogéneo de quejas somáticas. Por

otra parte, la medida en esta escala no está estadísticamente relacionada, ni correlaciona, ni refleja simulación del mismo modo en que ésta es entendida en las escalas de validez del MMPI-2 destinadas a tal fin, como son las escala *F*, *Fb*, y *Fp* (Butcher et al, 2003; Sellbom y Bagby, 2010). Por ello debería considerarse como una escala de desajuste psicosomático y no como una escala para detectar exageración (Jiménez, Sánchez y Ampudia, 2014). Algunos podrían argumentar que mediante unos puntos de corte adecuados este problema quedaría zanjado, no obstante, en relación a ese tema, también surgen voces que señalan que no está claro el umbral que se debe utilizar. Así, originariamente, Less-Haley, English, y Glenn (1991), recomendaban emplear como punto de corte para la sospecha de simulación una puntuación directa de 20, pero este parámetro ofrecía una tasa de falsos positivos muy elevada. Por ello, un año más tarde, se elevó la puntuación a 24 para las mujeres (Less-Haley, 1992). No obstante, el problema persiste en la escala *FBS-r*, tanto en las puntuaciones directas, como en las puntuaciones T, ya que en el nuevo MMPI-2-RF, no ha solucionado el hándicap de las medidas no sensibles al género. De forma que, al no distribuirse de igual modo las quejas somáticas y cognitivas entre ambos géneros, una crítica que aparece reiteradamente en la literatura, es el sesgo de género que se le achaca a esta escala, ya que las mujeres suelen puntuar en ella más alto que los hombres. Además de los inconvenientes analizados hasta ahora, los puntos de corte utilizados y recomendados para la interpretación de la escala *FBS* por Greiffenstein, Fox, y Lees-Haley (2007) son los mismos que fueron adoptados en el manual del MMPI-2-RF, con todo, son vagos y están envueltos en mucha polémica. De hecho, diversas investigaciones, ponen en tela de juicio el acuerdo sobre la unanimidad a la hora de interpretar el punto de corte de dichas puntuaciones. Así, la American Psychological Association's Committee on Disability Issues in Psychology (CDIP) ha escrito una carta donde recomendaba que tal escala fuera evaluada por un organismo independiente, como podría ser el *Buros Mental Measurement Test Evaluation System at the University of Nebraska*, por encontrarla sesgada en contra de las mujeres y en contra de las personas con incapacidades (Gass et al., 2010). De este modo, la *FBS* y *FBS-r* no discriminan correctamente entre personas que exageran y los que realmente padecen tales dolencias. De hecho, los autores de la *FBS*, no han demostrado que las altas puntuaciones alcanzadas en la escala sean un reflejo de quejas falsas, sino más bien que es un indicador de problemas somáticos y no necesariamente de simulación; ya que las puntuaciones elevadas pueden evidenciar problemas reales (Butcher et al., 2003).

Por otra parte, en lo tocante a las críticas referidas a la falta de validez psicométrica de la escala *FBS*, en un estudio realizado acerca de la utilidad de las escalas de validez del MMPI-2-RF en la detección de la sobresimulación en veteranos de guerra con TEP (Goodwin, Sellbom, y Arbisi, 2013), han concluido que tras analizar el tamaño del efecto de la escala *FBS-r* y de la Escala de sesgo de respuestas (*RBS*) es aconsejable la utilización de las escalas *F-r* y *Fp-r* por ser claramente las más efectivas en la detección de la sobresimulación en síntomas del TEP. Otros estudios como el de Vines, Wygant y Gervais (2012) reconocen que las escalas de validez del MMPI-2-RF son útiles en la detección de la exageración de sintomatología, concretamente en el diagnóstico del TEP. No obstante, la conclusión de su estudio reseña que es necesaria mayor investigación sobre la asociación entre el MMPI-2-RF y el TEP a nivel empírico.

En lo referente al análisis de otras escalas de validez de (sobre)simulación o exageración del MMPI-2-RF llevados a cabo en contextos de detección de la simulación en desórdenes psiquiátricos o en IT, se ha concluido que las escalas *F-r* y *Fp-r* son unas de las que presentan mayor tamaño del efecto (Blanco, Arce y Seijo, 2016). Sin embargo, la escala *Fp-r* fue la que obtuvo mejor rendimiento en los desórdenes específicos estudiados, a saber, episodio depresivo mayor, TEP y esquizofrenia (Marion, Sellbom, y Bagby, 2011). Al mismo tiempo, ésta también es la escala que mejor diferencia a los simuladores de los pacientes psiquiátricos reales. Los mismos autores añaden que la escala *FBS-r* no incrementa la validez de ninguna de las escalas evaluadas. En este mismo sentido, Blasco y Pallardó, (2013) en su estudio sobre la exageración de síntomas de pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico-legal a través del MMPI-2-RF, concluyen que la escala *FBS* es la menos productiva, destacando positivamente la *Fs* y *F-r* en la detección de la simulación de bajas laborales en tales contextos. A pesar de esto, no existe un acuerdo unánime sobre la utilización de los puntos de corte y su interpretación en la mayoría de las escalas de validez. En lo que concierne a la *Fp-r*, han señalado que lo más adecuado sería establecer unos baremos específicos para cada trastorno. De este modo, apuntan que, según su estudio, debería utilizarse una $T = 100$ para el episodio depresivo, una $T = 100-110$ para el TEP y una $T = 110-120$ para la esquizofrenia, dado que los puntos de corte óptimos se incrementan con el nivel de severidad de los síntomas. Mientras que en otros estudios (Wygant, Anderson, Sellbom, Rapier, Allgeier, y Granacher, 2011) establecen como puntos de corte $T = 90$

para la *F-r*, $T = 70$ para *Fp-r* y $T = 80$ para *Fs* y *FBS-r*, coincidiendo con el manual de interpretación del MMPI-2-RF. Con todo, los primeros también advierten que utilizando estas puntuaciones, se pueden cometer un número bastante elevado de falsos positivos, por lo que aconsejan que se tome como referencia para la escala *F-r* una $T = 110$, para la *Fp-r* $T = 70$ y para la *FBS* y la *Fs* $T = 100$, ya que ante estas puntuaciones es probable que la interpretación sea inválida por exageración de sintomatología. Sin embargo, resaltan la necesidad de realizar más investigaciones sobre las escalas de validez del MMPI-2-RF en distintos trastornos y contextos para poder disponer de los puntos de corte óptimos.

Por todo lo detallado anteriormente, se aconseja la utilización del MMPI-2-RF con cautela, hasta que la literatura obtenga resultados concluyentes sobre la robustez de los datos que podemos obtener.

5.2.- ENTREVISTAS

En cuanto a la recogida de información mediante entrevistas nos encontramos ante un amplio abanico de posibilidades, presentando cada modalidad tanto ventajas como inconvenientes en la detección de la simulación. Las entrevistas estructuradas/directivas o semi-estructuradas, plantean algunos problemas ante el propósito de controlar el engaño, ya que, al igual que ocurre con los *checklist*, proporcionan información sobre los trastornos mentales, por lo que facilitan las respuestas sesgándolas hacia un posible reconocimiento de síntomas. Además, la literatura informa que los sujetos son capaces de fingir una enfermedad mental y discriminarla de otra (Blanco, Arce y Seijo, 2016; Rogers, 1997a). Asimismo, los interrogatorios tampoco suelen ser productivos en la exploración de la simulación ni en la obtención del testimonio, dado que generalmente utilizan preguntas cerradas y de respuesta corta, provocando la pérdida de mucha información valiosa. Por otra parte, también suelen utilizar secuencias de preguntas inapropiadas para la recuperación de la información, porque se realizan siguiendo un esquema episódico, con múltiples interrupciones, escasa empatía, etc., lo que dificulta una buena obtención del relato. A continuación expondremos algunas de las características de los distintos tipos de entrevistas.

5.2.1.- Entrevistas estructuradas o directivas

Las dos entrevistas estructuradas más investigadas y utilizadas en evaluación son la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS), y la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS).

5.2.1.1.- Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)

Esta escala, SADS, fue desarrollada por Spitzer y Endicott en 1978, con el propósito de estandarizar la entrevista diagnóstica, especificando su estructura por medio de una progresión sistemática de preguntas acerca de diferentes síntomas y características asociadas. Se trata de una entrevista semiestructurada larga, que requiere una gran habilidad y sofisticación por parte del sujeto simulador, ya que debe presentar su relato de forma detallada y ordenada en episodios discretos, precisando el comienzo, la severidad y duración de los síntomas. La SADS permite examinar en profundidad el contenido de la declaración a partir del autoinforme del paciente, por lo que tiene como ventaja que se realiza sin preguntas directas que puedan “dar pistas” a los sujetos; y además proporciona comparaciones estandarizadas de síntomas. Esta entrevista está compuesta por cinco estrategias para la detección del engaño:

- a) Síntomas raros. Síntomas que rara vez aparecen como tales incluso en la práctica clínica.
- b) Síntomas contradictorios. Pares de síntomas que aún apareciendo en la misma entrevista tienen contenidos opuestos.
- c) Combinación de síntomas. Presencia de síntomas que normalmente no aparecen juntos.
- d) Severidad de síntomas. Verbalización por parte del simulador de padecer todos los síntomas en grado extremo.
- e) Atribución indiscriminada de síntomas. Los sujetos no son selectivos a la hora de describir sus síntomas y mezclan características de diversos trastornos.

Esta entrevista también dispone de la K-SADS, una versión para niños y adolescentes de entre 6 y 18 años (Ambrosini, 2000).

5.2.1.2.- *La entrevista estructurada de síntomas informados (SIRS)*

La SIRS, fue desarrollada por Rogers en 1986 para detectar simulación, siendo revisada posteriormente en múltiples estudios. Actualmente se dispone de la SIRS-2 (Rogers, Sewell y Gillard, 2010). Una de sus principales ventajas es la eliminación de la subjetividad de la observación clínica (Kropp y Rogers, 1993) y la influencia que la actitud del evaluador podría generar sobre la presentación del sujeto, de este modo, el evaluador no interviene con preguntas aclaratorias que pueden influir en la conducta del evaluado (Pollock, 1996). Está elaborada a partir de tres tipos de preguntas, que constituyen un total de 172 ítems, desarrollados específicamente para evaluar la simulación. Estos tres tipos de cuestiones son las siguientes (Rogers, 1997b):

- a) Preguntas detalladas. Valoran síntomas específicos y su severidad.
- b) Preguntas repetidas. Miden la consistencia de las respuestas.
- c) Preguntas generales. Evalúan síntomas específicos, problemas psicológicos y patrones de síntomas.

Aunque al principio la entrevista constaba de 14 escalas, actualmente se emplean 8, cuya fiabilidad ha sido comprobada en diferentes estudios (Lindblad, 1994; Rogers, Gillis, y Bagby, 1990; Rogers, Gillis, Dickens, y Bagby, 1991):

- a) Síntomas raros. Síntomas reales que raramente se observan o son informados por pacientes psiquiátricos (Rogers y Bender, 2013).
- b) Síntomas improbables/absurdos. Caracterizados por ser fantasiosos o ridículos.
- c) Síntomas combinados. Síntomas psiquiátricos reales que pueden aparecer por separado, pero que difícilmente aparecen de forma simultánea.
- d) Síntomas obvios. Los simuladores tienden a manifestar un amplio repertorio de síntomas que individuos legos atribuirían a alteraciones mentales graves.

- e) Síntomas sutiles. Problemas de la vida cotidiana que los evaluados intentan presentar como asociados a una enfermedad mental.
- f) Selección de síntomas. Medida global de los síntomas que el sujeto afirma padecer. Se presta atención a este apartado porque los simuladores suelen informar de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada
- g) Gravedad de los síntomas. Múltiples simuladores afirman padecer los síntomas en una gravedad extrema. Así, los sujetos tienen que aclarar cuáles sufren de forma “insoportable” o “demasiado dolorosa de aguantar”.
- h) Síntomas informados vs. observados. Se centran en síntomas lingüísticos y motrices que pueden ser evaluados directamente por el experto mediante la observación en comparación con los que el sujeto refiere padecer.

Estudios realizados por Rogers, Kropp, Bagby y Dikens (1992), han encontrado que las escalas primarias de la SIRS a la hora de diferenciar entre simuladores y no simuladores presentan una alta eficacia. En el mismo sentido, autores como Gothard, Viglione, Meloy y Sherman, (1995) hallaron resultados similares en lo que respecta a utilizar la SIRS como instrumento para detectar la simulación sobre incapacidades en la sala de justicia; encontrando que la elevación de tres o más escalas primarias sería el mejor indicador de simulación, con una tasa de éxito de 97.8%.

Como limitación se puede señalar el elevado tiempo que requiere su aplicación, lo que ha llevado a desarrollar versiones reducidas. No obstante, ciertos estudios sugieren que es necesaria mayor investigación para reducir el elevado número de falsos positivos (Green, Rosenfeld, Dole, Pivovarova, y Zapf, 2008).

5.2.2.- Entrevistas no directivas o no estructuradas

En principio podría pensarse que las entrevistas no directivas presentan un elevado componente de azar, estando supeditadas a la subjetividad, sin embargo son fundamentales a la hora de obtener información sin contaminar, y sobre todo para poder realizar un adecuado análisis de contenido (Rogers, 1997c). Un ejemplo de ello es la entrevista clínico-forense que detallaremos a continuación.

5.2.2.1- Entrevista clínico-forense

La entrevista clínico forense de Arce y Fariña (2001), es una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre (no cuenta con una estructura tipo interrogatorio ni *checklist*) dirigida a la reinstauración de contextos y a la búsqueda del daño psicológico.

Primeramente, es de vital importancia establecer un clima adecuado con el evaluado en el que éste se sienta cómodo, porque ese ambiente será el que posteriormente guíe dicha entrevista. Debemos presentar el procedimiento que vamos a seguir y el objeto que nos proponemos con ello, aclarando todas las posibles dudas que puedan surgir. Una vez que el sujeto se encuentre cómodo, le solicitamos que nos relate, en formato de discurso libre, síntomas, pensamientos, conductas, etc. que observa en sí mismo en el momento presente, aunque si la evaluación se ha demorado en el tiempo, podríamos pedirle que exponga qué ha cambiado desde que ha comenzado esta nueva situación, comparando su estado actual con cómo se encontraba antes de que ocurrieran las circunstancias que han motivado su evaluación (Escala de Evaluación de la Actividad Global [EEAG] en el eje V del DSM-IV-TR). En caso de que no responda *motu proprio*, se procede a la reinstauración de contextos, requiriéndole que nos informe sobre sus relaciones familiares (Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional [EEGAR]), sociales (Escala de Evaluación Global de la Actividad Social y Laboral [EEASL]) y laborales (EEASL). De este modo, mediante preguntas abiertas con una entrevista no directiva, obtendremos del sujeto una tarea de conocimiento. La entrevista debe ser grabada para poder trabajar con ella y realizar el análisis de contenido posteriormente. Una vez obtenida la declaración, pasaremos a la construcción de una rejilla de síntomas (guiándonos por el DSM-IV-TR), para agrupar toda la información que hemos recabado, e intentar ajustarla a los trastornos mentales establecidos mediante un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido (Weick, 1985). No debemos olvidar que para la detección de los síntomas nos valemos tanto de la expresión directa por parte del sujeto, como de las inferencias y observaciones conductuales que hayan hecho los codificadores. Es decir, puede ser que el evaluado no informe, por ejemplo, de desorganización en el lenguaje, pero esto sí es apreciado por el evaluador, es decir, la observación y registro conductual. También debemos llevar a cabo el control de la fiabilidad a través del estudio

de las estrategias de simulación (Anguera, 1990). A continuación expondremos el tipo de estrategias que debemos examinar y su descripción.

- a) No cooperación con la evaluación. En este caso, el sujeto no muestra interés en la evaluación o bien no responde (APA, 2002, 2007, 2014).
- b) Síntomas sutiles. No son tales síntomas, sino problemas de la vida diaria que los evaluados intentan presentar como asociados a la enfermedad mental. Algunos ejemplos de ellos son: dificultad para la toma de decisiones cotidianas, falta de comunicación, tener menos paciencia, desorganización (Rogers, 1990).
- c) Síntomas improbables. Son los que se caracterizan por sus rasgos fantásticos o ridículos (creencias extrañas) que no tienen referentes reales (excluyendo aquí los síntomas raros) (Rogers, 1990).
- d) Síntomas obvios. Son lo que la gente lega en psicopatología conoce y asocia generalmente a la locura o enfermedad mental (Greene, 1980).
- e) Síntomas (cuasi)raros. Se computa esta categoría cuando los sujetos afirman padecer síntomas que incluso raramente se dan entre población psiquiátrica real (Rogers, 2008).
- f) Patrones espurios de psicopatología o combinación de síntomas (Rogers, 2008). Este indicador incluye síntomas reales pero que raramente ocurren simultáneamente, como puede ser esquizofrenia y extraversión; o cuando el sujeto describe sintomatología de modo indiscriminado sin que tenga consistencia, o cualquier tipo de configuraciones que no son comunes ni en poblaciones clínicas.
- g) Severidad de síntomas. En esta categoría se observa el grado de severidad de los síntomas que el sujeto manifiesta. En el caso de los simuladores, lo normal es que afirmen padecer la sintomatología con una severidad extrema (Rogers y Mitchell, 1991).
- h) Inconsistencia de síntomas (observados vs. manifestados). Para ello se analiza la correspondencia entre los síntomas elicitados por el evaluado y los observados por el codificador.

- i) Agrupación indiscriminada. Los pacientes tienden a informar de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada, agrupando un gran número de síntomas correspondientes a trastornos de diversa índole (Rogers, 1988).

Además de realizar una adecuada recogida de información mediante la entrevista, debemos también llevar a cabo el estudio de los antecedentes del evaluado y de otros informes pertinentes a diversos profesionales y pudieran ser de relevancia para el caso.

Como ya hemos referido, en cuanto al estudio del contexto en que surgen este tipo de evaluaciones, es necesario tener presente que nos puede ayudar a esclarecer las motivaciones subyacentes para denunciar o demandar, como por ejemplo la posibilidad de obtener indemnizaciones de empresas o entidades públicas mediante bajas fraudulentas o prolongaciones indebidas de las mismas, situaciones de separación/divorcio dónde está en juego la custodia de los hijos, etc. Todos estos ámbitos son propicios para la aparición de denuncias y demandas falsas o infundadas (Mikkelsen, Guthel, y Emens, 1992; Monreal, 2007).

5.3.- APROXIMACIÓN MULTIMÉTODO A LA VALORACIÓN DE LA SIMULACIÓN

Dado que es importante llevar a cabo un estudio multimétodo para garantizar la fiabilidad de las medidas y una mejor aproximación a la detección de la simulación, es necesario una propuesta integradora. Así, autores como Arce y Fariña (2001) proponen un protocolo que consta de las siguientes fases: la realización de una entrevista psicosocial, observación y registro conductual, y estudio de las pruebas documentales para conocer los antecedentes del caso. También se lleva a cabo el estudio de las capacidades cognitivas para garantizar si la persona es apta para someterse a una evaluación psicológica, por lo que se recomienda proceder bien con una medida no verbal como el TONI-2 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1995) o una verbal como las escalas Wechsler. Posteriormente se valora el daño psicológico, por lo que se recurre a dos instrumentos que requieren de la ejecución de tareas distintas. En primer lugar se ha de proceder con la entrevista clínico-forense, anteriormente detallada, que implica la ejecución de una tarea de conocimiento, y, en segundo, con el MMPI-2, que constituye la tarea de reconocimiento (Vilariño, Arce y Fariña, 2013). Adicionalmente se recomienda la aplicación de otros instrumentos

psicométricos como el SCL-90-R (Derogatis, 2002) para poder disponer del establecimiento de la concordancia inter-medidas (Arce, Fariña, y Quinteiro, 2013). En todo caso, han de contar con medidas de control de la validez de los datos. El análisis de las secuelas debe complementarse con el estudio de la validez predictiva (el daño esperado según el evento causante como el TEP y la violencia de género), puede complementarse con el estudio de la validez discriminante, esto es, del daño no esperado. Además, Cunnien (1997) plantea un modelo de decisión clínica que tiene como objetivo la minimización del número de falsos positivos (auténticos enfermos clasificados como simuladores), de modo que se requieren una serie de criterios específicos de voluntariedad para establecer el diagnóstico de simulación, y la evidencia de que se da la persecución o evitación de ciertas contingencias externas. Este modelo plantea las siguientes características a valorar:

Los síntomas físicos o psíquicos están claramente bajo control voluntario, como ponen de manifiesto uno o más de los siguientes criterios:

- a) Reconocimiento del paciente del control voluntario o engaño.
- b) Producción exagerada de síntomas que son inconsistentes con mecanismos anatómicos o fisiológicos.
- c) Observación directa de la producción o representación de la enfermedad.
- d) Descubrimiento de sustancias que explican la producción de síntomas físicos.
- e) Evaluaciones de laboratorio confirmatorias de simulación.

Certeza clínica de que la producción de la enfermedad sucede como respuesta a alguna de las siguientes cuestiones:

- a) Persecución de dinero, protección, drogas, etc.
- b) Evitación de trabajo, de consecuencias legales...

Los síntomas actuales no pueden explicarse por otros trastornos, si éstos están presentes.

La evidencia del deseo de asumir el rol de enfermo, si existe, no puede explicar la totalidad de los síntomas.

El paso siguiente al análisis de contenido de la entrevista clínico-forense es el análisis de fiabilidad de las medidas. Así, debemos contrastar la fiabilidad y validez de los datos obtenidos; por lo tanto, es necesario proceder con una metodología que posibilite el análisis de la consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos (Wicker, 1975). La fiabilidad inter-contextos se obtiene recurriendo a un evaluador

entrenado que haya sido efectivo y consistente en situaciones previas. Al realizar el estudio mediante dos evaluadores por separado, nos aseguramos poder contrastar la consistencia inter-evaluadores. Para ello nos servimos del Índice de concordancia tomando como referencia .80 (Tversky, 1977). La falta de consistencia inter-medidas (p. e., discrepancia entre lo manifestado y observado, evaluación de una patología en una medida sin indicios de ésta en otras medidas) se considerará factor suficiente para invalidar los resultados. Por último, la consistencia intra-medidas viene de la mano de la consistencia interna de las propias medidas (p. e. las escalas de validez propias del MMPI o del estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica), siendo inválido el protocolo si se halla invalidez convergente o más de tres indicadores en medidas que adviertan simulación (Arce y Fariña, 2015).

Además, se aconseja el estudio de la personalidad para conocer si pudieran existir anomalías y valorar, asimismo, posibles distorsiones en las respuestas. Por ejemplo, mediante las escalas de medida de los estilos de respuesta del 16-PF (Deseabilidad social, Infrecuencia y Aquiescencia).

Como consideraciones finales transversales en todo proceso de detección de simulación, resaltaremos las siguientes variables:

- a) Es necesario obtener información exhaustiva de distintas fuentes, en diversos ambientes, utilizando diferentes métodos y momentos para poder contar con datos acerca de la validez convergente.
- b) Los instrumentos, técnicas y procedimientos deben ser pertinentes, enfocados al objeto de estudio y han de disponer de estandarización presentando garantías de fiabilidad y validez.
- c) Conviene que las entrevistas sean amplias, referidas a síntomas pero incluyendo la historia previa, estilo de vida, implicaciones laborales, relaciones sociales y familiares, etc. Es decir, partiendo del eje V del DSM para realizar una evaluación de la actividad global de la persona; lo que nos permite constatar los síntomas y ver cómo éstos repercuten en las actividades de la vida diaria. Conviene prestar especial atención a las variables que el sujeto estima como origen del incremento de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas.

- d) La observación de la conducta, aspecto y lenguaje del sujeto es también es un elemento importante que debemos registrar y analizar para detectar posibles inconsistencias.
- e) Hay que tener presente que los simuladores tienden a fingir, en mayor medida, síntomas aislados que cuadros diagnósticos íntegros.

Como reseña final, hay que destacar que debemos ser conscientes de que cualquier medida está sujeta a error, y las ciencias sociales no son una excepción, por lo que no existe la certeza absoluta tal y como la exige el Tribunal Supremo. Por ello, las conclusiones del informe resultante deben redactarse en base a categorías probabilísticas.

5.4.- EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN EN LOS DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS

Debido a la especificidad y complejidad inherente a la temática de la detección de la simulación de los déficits neuropsicológicos, hemos considerado exponer las principales características de estas patologías, las salvaguardas que debemos adoptar de cara a la evaluación y las técnicas más utilizadas para ello. Así podemos tomar como ejemplo una incapacidad laboral motivada por un accidente de tráfico o un accidente laboral en el que se produzca, un TCE leve o moderado. El RDL 8/2015, de 30 de octubre, establece como situaciones en las que se puede encontrar un trabajador una vez finalizado el tratamiento médico y rehabilitador las siguientes: curación sin secuelas, curación con secuelas de lesiones permanentes no invalidantes, y curación con lesiones constitutivas de IP en alguno de sus grados. Para establecer cualquiera de las categorías anteriormente mentadas, o para descartar enfermedades degenerativas, que por su carácter crónico, no deben incluirse en la categoría de IT, el informe que tiene que emitir el facultativo debe incluir inexorablemente una serie de cuestiones de difícil abordaje. A saber, la naturaleza subjetiva de la clínica; la falta de conocimiento sobre el estado premórbido de la persona evaluada, y en muchas ocasiones, la ausencia de equivalencia entre la topografía de la lesión y los síntomas neurológicos evidenciados, ya que como comentaremos posteriormente, pueden producirse lesiones a nivel axonal que no son detectadas por las técnicas de neuroimagen. Asimismo, en el contexto en el que nos encontramos, además de evaluar el tipo de alteración que afecta al individuo, puede tener una gran repercusión el impacto del mismo sobre el

funcionamiento de la persona en las diferentes esferas de su vida, y especialmente, en la realización de las tareas que desempeña en su puesto de trabajo, es decir, es necesario realizar una adecuada valoración funcional de cara al establecimiento de la relación causa-efecto. En consecuencia, no es suficiente con que el sujeto padezca un determinado trastorno o daño, debemos conocer datos sobre la naturaleza, la gravedad y la cronicidad de las secuelas, cuál es su alcance y cómo repercute en su ámbito laboral (Asensi, 2007). De este modo, las pruebas utilizadas deben disponer de validez ecológica, siendo la secuencia de una correcta valoración la siguiente: trastorno-limitaciones que provoca-consecuencias para el desempeño laboral.

Otro problema añadido, es la gran diversidad de síndromes y trastornos que pueden incluirse dentro de este epígrafe, por lo que a continuación haremos una breve mención a las principales características de cada uno de ellos.

5.4.1.- Patología neuropsicológica

Aunque en este apartado nos centraremos principalmente en las patologías y síndromes que pueden dar lugar a una IT, y en consecuencia, han de tratarse de daños reversibles, como puede ser, en algunas ocasiones, el SPC; dentro de la categoría de déficits neuropsicológicos podemos encontrar alteraciones de muy diversa índole que incluyen aspectos cognitivos, conductuales y/o emocionales (Arnáiz, García-Espinosa, y Bares, 2015; León-Carrión, 2001; Lucena, Subirana, Planchatt y Cuquerella, 2001; Pelegrín-Valero, Fernández-Guinea, Tirapu-Ustarrauz, y Muñoz-Céspedes, 2001. Entre ellas podemos destacar):

- a) Alteraciones del lenguaje como pueden ser afasias, disartrias, anomias, alteraciones en el ritmo, disfemias, perseveración, vocabulario restringido, estereotipias, lenguaje ininteligible, etc.
- b) Trastornos motores tales como hemiparesia, alteraciones del tono muscular, movimientos involuntarios, ataxias, distonías, balismo, tics nerviosos, o incluso pérdidas sobre el control de esfínteres.
- c) Alteraciones de los sentidos como el olfato (hiposmia, anosmia, cacosmia o parosmia); de la deglución, como puede darse ante la hipogeusia o ageusia;

oftálmicas, destacando por ejemplo la diplopía, ceguera unilateral o hemianopsias.

- d) Problemas en las funciones ejecutivas que se ponen de manifiesto cuando el sujeto ha de realizar tareas con un objetivo, sin que medien rutinas y teniendo que inhibir conductas habituales, teniendo que planificar y tomar decisiones, para lo que es necesario el control consciente de la atención. En consecuencia pueden producirse problemas de memoria, concentración, atención, flexibilidad mental, etc. causando alteraciones a la hora de cambiar un esquema de razonamiento en función de los resultados obtenidos. La velocidad en el procesamiento de la información también puede verse comprometida, al tiempo que aumenta el tiempo de reacción.

Una casuística que requiere especial atención son los pacientes con SPC, ya que entre el 33-47% de las personas en litigio con aseguradoras simulan déficits cognitivos (León-Carrión, 2001). Éstos presentan un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales que pueden aparecer y persistir de modo variable tras un TCE, generalmente de intensidad leve (Pelegrín-Valero, Fernández-Guinea, Tirapu-Ustarrauz, y Muñoz-Céspedes, 2001). Existe una alta probabilidad de que el síndrome agudo sea causado por una base neurológica, sin embargo, la cronificación de los síntomas puede tener base psicológica (León-Carrión, 2001). Los criterios diagnósticos del SPC según el DSM-IV-TR pueden verse en la Tabla 17.

De este modo, en el contexto de la evaluación del SPC, donde predominada la subjetividad de la sintomatología clínica referida por los evaluados, existe una proporción nada despreciable de sujetos que pueden estar fingiendo o perpetuando su malestar. Es importante resaltar que, bajo ciertas condiciones, se logra encontrar un sustrato fisiopatológico del SPC, y que éste puede condicionar las diferentes manifestaciones clínicas que se producen, generando cambios que podrían ser evidenciados por procedimientos de diagnóstico por imagen. No obstante, la magnitud de la lesión no siempre es suficiente como para ser detectada por estas técnicas.

Tabla. 17. *Criterios del Síndrome Post-conmocional*

• Una historia de trauma craneal que ha causado una significativa contusión cerebral (por ejemplo, con pérdida de conciencia, amnesia post-traumática, o epilepsia)
• Evidencia neuropsicológica de dificultades en atención y en memoria.
• Tres o más síntomas que duran al menos 3 meses y que tienen una aparición temprana después del trauma craneal o representa una empeoramiento substancial de síntomas previos:
o Fatiga.
o Sueño desordenado
o Dolor de cabeza
o Mareos
o Irritabilidad
o Ansiedad, depresión, o labilidad afectiva
o Cambios de personalidad.
o Apatía o falta de espontaneidad

Nota. DSM-IV-TR (APA, 2002).

Así, puede aparecer deterioro funcional sin que existan cambios estructurales detectables por tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética (RM) (García-Blázquez y García-Blázquez, 2013; García-Rivas, 2012). A esta casuística se le denomina lesión axonal difusa, es decir, la lesión no tiene por que estar localizada en una zona concreta, sino que el daño puede revelarse a nivel de las conexiones entre neuronas (Jodar y Cullell, 2002). Sin embargo, los avances producidos en las técnicas de neuroimagen, hacen que surjan nuevas técnicas como las imágenes de tensor de difusión (ITD) (técnica de RM que informa sobre la integridad del tejido a través de la observación del movimiento de las moléculas de agua) que permiten cuantificar las alteraciones microestructurales de la sustancia blanca después de sufrir un TCE (Junqué et al., 2011).

Desde un punto de vista forense, el diagnóstico de este síndrome presenta diversos problemas además del que acabamos de describir. Por una parte, los síntomas individuales no son específicos y exclusivos de este trastorno y, muchos de ellos, tienen una alta prevalencia entre la población general y las personas inmersas en disputas legales, por lo que discernir entre síntomas propios y previos no es tarea fácil. Por otro lado, existe una tendencia a la duplicidad diagnóstica (León-Carrión, 2001) consistente en contabilizar los síntomas como dos secuelas diferentes. Para ilustrar este fenómeno, tomemos como referencia los problemas de memoria que pueden formar parte del SPC, y a la vez, como amnesia de fijación. Y además, en los casos moderados o leves, como ya se ha comentado,

resulta muy complejo documentar la existencia de una lesión cerebral a través de técnicas de neuroimagen (a excepción de lo referido acerca de la ITD) ya que no suelen plasmarse en las mismas, existiendo así discrepancia entre lo elicitado por el evaluado y lo que no podemos apreciar a través de dichos métodos. La recomendación de los profesionales ante este tipo de situaciones es la realización de una evaluación neuropsicológica precisa que facilite la ubicación de los síntomas en el diagnóstico adecuado, que sea realizada por un experto en daño cerebral y que tenga un bagaje amplio en la detección de simuladores de esta índole (Binder, 1992). Asimismo, también nos topamos con la difícil labor de conocer cómo era el funcionamiento cognitivo y emocional de la persona previo a la ocurrencia del accidente, ya que si no, no podremos cuantificar cuál es el alcance del daño, qué tipo de alteraciones ha provocado, etc. Sin embargo, ciertos autores como Fernández-Guinea (2001) y Verdejo, Alcázar-Córcoles, Gómez-Jarabo y Pérez-García (2004), proponen una serie de procedimientos que permiten obtener o predecir el cociente intelectual premórbido del sujeto. En este sentido, podemos servirnos de la evaluación de las capacidades cognitivas más resistentes a los trastornos neurológicos y psiquiátricos (como la lectura en pacientes con deterioro cognitivo leve) (mediante pruebas sensibles de forma diferencial al deterioro cognitivo, la utilización de fórmulas basadas en combinaciones de puntuaciones de diversos subtests de la escala de inteligencia de Wechsler), del método del mejor rendimiento, o métodos basados en la capacidad predictiva de variables sociodemográficas que permiten estimar el CI esperado (Nelson, 1982), la estimación premórbida de habilidades neuropsicológicas específicas. Una vez estimada la línea base de las habilidades y capacidades de las que disponía la persona evaluada previamente a la ocurrencia del suceso traumático, ya se puede proceder al estudio de las facultades actuales para constatar cuál ha sido la pérdida y cuáles permanecen preservadas.

5.4.2.- Prevalencia de la simulación en déficits neuropsicológicos

En cuanto a la prevalencia de la simulación en los déficits cognitivos nos encontramos, al igual que comentamos en lo referente a la IT, con porcentajes muy dispares. Greiffenstein, Baker y Gola (1994) la cifran en torno al 50% para pacientes con SPC. Plohmman (2013) halló que las sospechas de simulación por discapacidad o

compensación por lesión alcanzaba valores entre 23% y el 54%; y próximo a un 44% en lo que a quejas cognitivas se refiere (Stevens, Friedel, Mehren, y Merten, 2008). Mittenber et al. (2002) estudiaron un gran número de pacientes en búsqueda de compensación económica que ya habían sido valorados en varias ocasiones, y contabilizaron que la simulación del TCE leve se estimaba en casi 39% y en 22% en daños causados por accidentes eléctricos; mientras que De Francisco y Serrano (2009) situaban la incidencia de la simulación de los TCE leves en torno al 5-10%. Larrabee (2003) encontró que el 40% de los sujetos de su estudio neuropsicológico provenientes de un contexto con ganancias secundarias potenciales, presentaron en su ejecución déficits que hacían sospechar una potencial simulación. No obstante, a pesar de la falta de consenso sobre el porcentaje exacto de simulación en este ámbito, las cifras son lo suficientemente elevadas como para evaluar los daños neurológicos que presenten los sujetos inmersos en litigios o con posibles ganancias secundarias, partiendo de la hipótesis alternativa de la simulación.

A continuación expondremos las técnicas y procedimientos más utilizados para el estudio del daño neuropsicológico, haciendo hincapié en la necesidad de comprobar la consistencia inter-medidas en los déficits hallados, puesto que las inconsistencias son uno de los indicadores que advierten que podemos encontrarnos ante un posible caso de fraude.

5.4.3.- Procedimientos para el estudio de los daños neuropsicológicos

Aunque no existe un acuerdo unánime en relación a qué pruebas o baterías neuropsicológicas son las que ofrecen mejores resultados a la hora de realizar un estudio de la simulación del daño neuropsicológico, la literatura científica advierte que es requisito indispensable valorar las diversas áreas que pueden verse afectadas mediante una metodología multimétodo (Arce y Fariña, 2005; González et al., 2012; Vilar y Aliaga, 2010; Wygant y Granacher, 2015).

Siguiendo la clasificación realizada por Vilar (2012) podemos destacar los siguientes procedimientos: los métodos basados en habilidades sobreaprendidas, las pruebas con efecto suelo y los procedimientos basados en el rendimiento de pruebas con formato de elección forzada. Sin embargo, a la hora de elaborar las conclusiones debemos tener presente que la mala ejecución en las diversas pruebas aplicadas puede deberse a

intentos de obtener ganancias externas, aunque también a otras variables como la necesidad de cuidado o de atención, ansiedad ante la evaluación, incompreensión de las instrucciones, etc., por lo que debemos sopesar todas y cada una de las posibles hipótesis (García-Domingo et al., 2004).

- a) Las pruebas basadas en la producción de respuestas inusuales constituyen los métodos menos estudiados dentro de las pruebas neuropsicológicas específicas para el control de la simulación. Las tareas consisten en poner de manifiesto habilidades sobreaprendidas (i. e. reconocer letras, leer palabras muy sencillas o contar puntos), y por tanto están preservadas en pacientes con daño real, pero que los simuladores tienden a realizarlas incorrectamente. Algunos ejemplos son El Test de la b o el *Dot Counting Test* (Boone, Lu, y Herzberg, 2002), que consiste en la presentación de unas tarjetas que contienen una serie de puntos que el sujeto debe contar, cuantificando el profesional el número de aciertos y el tiempo empleado en contar la ejecución (Boone et al., 2002).
- b) Los test con efecto suelo deben ser utilizados al inicio de la evaluación, dado que su simplicidad es tan obvia, que puede generar sospechas en fases posteriores del proceso. La idea central es que la mayoría de los simuladores sobrevaloran la dificultad de algunas pruebas, y por el contrario, entienden que el daño sufrido provoca unas dificultades muy superiores a las reales. En consecuencia, la ejecución de los simuladores suele ser peor que la de los sujetos con daño cerebral grave, rindiendo incluso por debajo del azar. Algunos ejemplos de estas pruebas son los siguientes: Entrevista autobiográfica (Wiggins y Brandt, 1988) que consta de 12 preguntas sobre la historia del sujeto; Test de los 15 ítems de Rey (para memorizar 15 elementos en 10 segundos), es un test muy sencillo que ejecutan bien hasta sujetos con deficiencia mental, no obstante las instrucciones se presentan de modo parezca difícil (Lezak, 1995); Test de memoria de los 16 ítems de Rey, que es una revisión del anterior que elimina las figuras geométricas y añade un ítem nuevo. Se postula que este test es más simple y más sensible a la simulación que el original de Rey.

- c) En un inicio, las técnicas de elección forzada se basaron en las propiedades de la estadística binomial, obligando al evaluado a elegir entre dos o más alternativas y asumiendo que la ejecución del sujeto con deterioro cognitivo, se encontraría en torno al 50% de aciertos, con todo, debido a la baja sensibilidad de este procedimiento, se llevó a cabo el desarrollo de puntos de corte específico para muestras de simuladores. Esta práctica consiste en mostrar un estímulo que debe ser recordado, sin embargo, la carga de memoria de la tarea es baja. Seguidamente se procede a la fase de elección forzada en la que ese ítem se acompaña de uno o más distractores, donde el sujeto debe elegir el estímulo que aprecie igual al anteriormente presentado. Esto permite, además del estudio de la puntuación alcanzada, el análisis de las respuestas del sujeto durante la evaluación. A entender de este procedimiento, el simulador presenta niveles más elevados de ansiedad que el enfermo real. Otra respuesta común es violar las reglas del test no atendiendo, por ejemplo, a la presentación de los estímulos; o puede que conteste correctamente pero con extrañas explicaciones sobre sus aciertos (García-Domingo et al., 2004). Además, en general, los simuladores suelen obtener tasas de éxito muy bajas, en comparación con sujetos con daño real, quienes rinden, en general, dentro de la media (Guilmette, Hart, Guilano, y Leininger, 1994). Entre las técnicas más manejadas de elección forzada encontramos las siguientes: Test de memoria de dígitos (Hiscock y Hiscock, 1989), Test de reconocimiento de dígitos de Portland (Binder, 1993), Test de la moneda en el puño (Kapur, 1994), Test de validación de síntomas de Victoria (Slick, Hopp, Strauss, y Thompson, 1997), Test de Memoria de Simulación (TOMM) (Tombaugh, 1996), Test de memoria implícita/*priming*, que ha demostrado que los amnésicos obtienen puntuaciones normales en este tipo de prueba, incluso idénticas a las alcanzadas por sujetos normales, mientras que los simuladores presentan un rendimiento inferior. Una variante de estos test son el *Word Memory Test* (Green, Allen, y Astner, 1996) y el *Word Completion Memory Test* (WCMT) (Hilsabeck, LeCompte, Marks, y Grafman, 2001), pruebas destinadas a evaluar la memoria implícita basadas en tareas que consisten en contemplar raíces de palabras.

Algunas de las críticas que se le atribuyen a las pruebas específicas para el estudio de simulación son que carecen de utilidad interpretativa como predictores neuropsicológicos, y que los simuladores no necesariamente realizan las pruebas específicas de modo coherente, por lo que pueden fingir en algunos campos evaluados, pero no en otros, lo que implicaría que las pruebas globales no los detectarían, y que si se trata de simuladores entrenados o con ciertos conocimientos, sospecharán que estamos realizando una evaluación sobre la producción intencionada de síntomas, y en consecuencia, modificarán su ejecución.

Para intentar ofrecer solución a tales problemáticas, expondremos para finalizar, los procedimientos de detección de la simulación mediante el análisis de patrones anómalos en test neuropsicológicos tradicionales, puesto que siguiendo una serie de estrategias que se recogen en la literatura como características de engaño podremos someter a estudio las respuestas de los sujetos (Verdejo et al., 2004):

- a) Primeramente es necesario llevar a cabo un análisis de la ejecución del sujeto en elementos sencillos donde resulta muy poco probable la comisión de errores.
- b) Estudiar el perfil de puntuaciones del test entre áreas similares y dentro del mismo ámbito: búsqueda de incoherencias en los efectos de posición seriada, comparación entre puntuaciones de reconocimiento y recuerdo libre y cotejo de puntuaciones obtenidas entre pruebas de atención y memoria. Ya que se considera un indicador de déficit intencionado hallar peor rendimiento en reconocimiento que en retención en pruebas de memoria (Wiggins y Brandt, 1988).
- c) Análisis de la magnitud del error que se fundamente en la detección de fallos no esperables de acuerdo con la dimensión del daño documentado.
- d) Valoración estadística de los perfiles de puntuación que se obtienen comparando potenciales simuladores con grupos de contraste.

Estas estrategias han dado lugar a una serie de procedimientos dirigidos a la detección del engaño basados en las puntuaciones de pruebas diagnósticas al uso, y son los siguientes:

- a) Procedimientos basados en las escalas Wechsler. Sirviéndonos de los índices de amplitud de dígitos confiable, el índice de discrepancia entre las puntuaciones de los subtests de vocabulario y amplitud de dígitos del WAIS III (Wechsler, 1997), el índice de divergencia entre los datos obtenidos en puntuaciones del índice general de memoria y el índice general de atención-concentración del WMS-IV (Wechsler, Coalson, y Raiford, 2008).
- b) Procedimientos basados en pruebas neuropsicológicas específicas. Algunos ejemplos son el Test de Categorías, el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedet y Alexandre, 1998), el Test de Aprendizaje Verbal de California-II (CVLT) (Delis, Kramer, Kaplan, y Ober, 2000), donde aparece una curva de aprendizaje más plana en simuladores que sujetos con daño. También el Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Heaton, 1981) que evalúa el conjunto de las funciones cognitivas en tanto que el desarrollo de la actividad requiere desarrollar y mantener una estrategia adecuada de resolución de problemas mientras cambian las condiciones del estímulo, por lo que el sujeto debe ir adaptando de modo flexible su categoría de clasificación.
- c) Baterías compuestas de varias pruebas diagnósticas con el objetivo doble de la evaluación clínica y el estudio de la simulación. Meyers y Voltbrecht (2003) desarrollaron una batería neuropsicológica con pruebas que aisladamente habían demostrado buena sensibilidad y especificidad en la detección de la simulación.
- d) Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC) (Gil et al., 1986): se trata de una prueba de *screening* muy breve que evalúa orientación temporoespacial, atención y memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluencia verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura.
- e) Test de Atención D2 (Brickenkamp, 2002), que nos proporciona una medida de la atención selectiva y de la concentración sirviéndose de parámetros como la velocidad de procesamiento, la discriminación de estímulos visuales (inhibición atencional) y el acatamiento de unas normas o instrucciones.

- f) La Batería de Evaluación Conductual del Síndrome Disejecutivo (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome [BADS]) (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996), está compuesto por seis pruebas pensadas para valorar la resolución de problemas derivados de situaciones cotidianas y poco estructuradas. Así, si elegimos por ejemplo el Mapa del Zoo, es una subprueba que analiza la habilidad de planificación, anticipación, ensayo y ejecución de secuencias complejas de conducta minimizando errores mediante la modificación de sus elecciones en función de la retroalimentación recibida al romper las reglas. También podríamos utilizar el Test de Laberintos de Porteus, que estudia habilidades similares.
- g) Test Barcelona. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (Peña-Casanova, 1986), está compuesto por 42 áreas neuropsicológicas distintas de puntuación independiente, por lo que podemos aplicar las subpruebas que consideremos de interés para cada caso concreto.
- h) Test Stroop (Golden, 1994). Evalúa la capacidad de inhibición de respuestas automatizadas, los efectos de las interferencias y la capacidad atencional.

De los resultados de las pruebas neuropsicológicas, se desprende que, al igual que sucedía con los simuladores de sintomatología ansiosa o depresiva, quienes no eran capaces de ofrecer más que una descripción vaga e imprecisa de los síntomas más obvios de cada patología, no llegando a configurar trastornos completos, en el contexto de la simulación de los déficits cognitivos ocurre un fenómeno similar. Ferrero (1998) destaca que en general, el simulador de disfunción cognitiva suele exhibir alteraciones de la metacognición, es decir, anormalidades erráticas del control y la programación de los comportamientos, o del subsistema cognitivo; básicamente trastornos de memoria y el aprendizaje, pero muy raras veces elige alguno de los subsistemas instrumentales de la cognición como puede ser el lenguaje o la visuopercepción, porque sin duda, sería mucho más complejo y en general, son trastornos menos conocidos.

Grosso modo podríamos afirmar que la simulación de problemas cognitivos suele consistir más en una exageración de los síntomas existentes que en una completa invención de los mismos (García- Domingo et al., 2004; Santamaría et al., 2013). Además, en el ámbito de la simulación de trastornos neurológicos, tal y como hemos comentado, las

dificultades de memoria son uno de los problemas más recurridos a la hora de intentar engañar, debido a la creencia generalizada de que imitar la conducta de un amnésico es una tarea fácil. No obstante, las personas que intentan fingir estas dolencias, desconocen que este tipo de pacientes tienen preservadas ciertas capacidades. Por ello, es necesario establecer un buen diagnóstico diferencial, descartando que tales dificultades de recuerdo no sean debidas a trastornos psiquiátricos previos, a efectos de la medicación, etc. Por otra parte, como hemos visto, la literatura destaca que cuando nos encontramos ante la falta de consistencia interna en las pruebas de ejecución neuropsicológica, debemos estudiar pormenorizadamente a qué puede ser debida (Ferrero, 1998; García-Domingo et al., 2004). No obstante, hemos de tener en cuenta que las incongruencias también pueden tener otras causas diferentes a la simulación, por lo que hay que explorar hipótesis alternativas como falta de motivación (producto de la propia lesión), por presencia de sintomatología depresiva, ansiedad, altos niveles de estrés, dolor físico, etc. (Jodar y Cullell, 2002). Así, una memoria de reconocimiento exageradamente alterada, reducido efecto de material aprendido en las pruebas de evocación libre, obtención de puntuaciones de atención y concentración muy inferiores a las de memoria general, mejor recuerdo de los ítems difíciles que de los fáciles, discrepancia entre los resultados de test que evalúan dominios neurocognitivos similares, rendimiento final menor de lo esperable por azar, ocurrencia de respuestas absurdas/ilógicas, falta de efecto de las claves en las tareas de recuerdo retardado, un patrón de ejecuciones malo-bueno-malo en evaluaciones neuropsicológicas seriadas, la aparición de un error consistente en respuestas sistemáticamente contrarias a las correctas o bajo rendimiento en pruebas en las que la mayor parte de personas con lesiones cerebrales ejecuta moderadamente bien, podría significar un intento de fraude. En consecuencia, ante la dificultad que presenta la evaluación de la simulación en este tipo de trastornos, diversos autores recogen una serie de indicios que pueden guiarnos u ofrecer pistas sobre la detección de la misma. Verdejo et al. (2004), presentan el análisis de incoherencias como una de las estrategias más habituales. Entre las discrepancias que pueden aparecer, se encuentran las siguientes:

- a) Entre los síntomas informados y las conductas observadas por el evaluador.
- b) Entre los resultados de pruebas distintas que evalúan dominios neuropsicológicos semejantes.

- c) Entre la ejecución neuropsicológica del sujeto y el desempeño esperable en base al funcionamiento premórbido y a las características de la gravedad del daño.
- d) Entre los resultados obtenidos en evaluaciones re-test, aflorando deterioros significativos que son incongruentes con los perfiles de recuperación esperados o con los efectos del aprendizaje.

En una línea similar, Larrabee (2000) ofrece un análisis de incoherencias/discrepancias basado en cuatro fases:

- a) Entre las diferentes esferas neuropsicológicas exploradas.
- b) Entre el perfil de ejecución en las pruebas y la condición etiológica hipotetizada.
- c) Entre el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas y la gravedad del daño.
- d) Entre el desempeño en las pruebas y otros elementos de la conducta del evaluado.

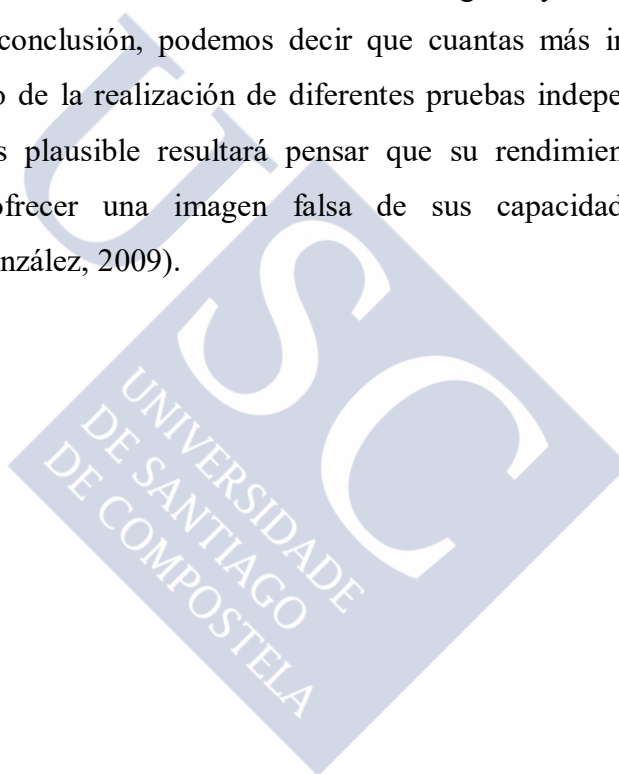
Vilar y Aliaga (2011) también abogan por el análisis de inconsistencias. Las más destacadas son las siguientes:

- a) Entre los síntomas que refiere el sujeto y las obtenidas a través de distintos medios como pueden ser los patrones de funcionamiento cerebral conocidos.
- b) Entre la observación y registro conductual o el nivel de ejecución en los test psicométricos.
- c) Entre las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicométricas y las esperadas según la severidad de la lesión.
- d) En relación a las actividades cotidianas que realiza.
- e) Entre dominios neuropsicológicos similares.
- f) Entre evaluaciones neuropsicológicas repetidas.
- g) Entre la historia referida y los datos de informadores colaterales fiables.

Las limitaciones más relevantes que afectan a estas aproximaciones son la existencia de un elevado grado de dispersión entre las puntuaciones de pruebas neuropsicológicas que miden dominios similares o el mismo dominio en población sana, resultando necesario disponer de baremos representativos del desempeño de pacientes

según la gravedad de daño, para poder comparar y analizar las discrepancias según el menoscabo que presenta el evaluado y su ejecución. Otro problema es la inexistencia de procedimientos fiables y válidos para el estudio del funcionamiento premórbido, lo que dificulta la comparación de las capacidades cognitivas actuales con las que presentaba antes de la lesión.

Por todo lo hasta aquí comentando, se aconseja que las evaluaciones neurocognitivas sean amplias y profundas, bien documentadas, y que se llevan a cabo mediante la utilización de diversas pruebas que midan esferas y funciones cognitivas similares, ya que esto permitirá el análisis de la validez convergente y de la consistencia inter-medidas. A modo de conclusión, podemos decir que cuantas más inconsistencias presente un sujeto a lo largo de la realización de diferentes pruebas independientes y en diferentes dimensiones, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por ofrecer una imagen falsa de sus capacidades o de su sintomatología (Capilla y González, 2009).



III

ESTUDIO EMPÍRICO





1.- INTRODUCCIÓN

De las diversas situaciones que protege el Sistema de SS en España, las prestaciones por IT adquieren un lugar destacado, no solo porque en los últimos años el presupuesto para hacer frente a estos subsidios ascendiera a más de 5 mil millones de euros (INSS, 2016) sino también por el elevado coste indirecto que generan. Como ejemplo podemos enumerar el gasto producido en el sistema de salud (v. gr. AP, servicios especializados, pruebas exploratorias), en el sistema judicial (v. gr. desacuerdos por el alta emitida, disconformidades en cuanto a la contingencia causante), en el ámbito empresarial (v. gr. pérdida de competitividad, problemas de organización), etc. (Blasco y Pallardó, 2013). Según el RDL 8/2015, de 30 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS, son requisitos indispensables para poder acceder a una prestación de estas características que exista una enfermedad/patología que cause daño (v. gr. físico, cognitivo, comportamental) e incapacite para el desempeño laboral y que éste sea temporal. En consecuencia, a tenor de lo expuesto en el art. 169 de la LGSS, el carácter temporal de este subsidio implica que no todas las patologías pueden ser origen de tal prestación, y en consecuencia, excluye los trastornos que constituyen *per se* IP como por ejemplo las demencias, los trastornos de personalidad (que por definición son patrones permanentes e inflexibles), la amputación de algún miembro, la pérdida permanente de alguna función (v. gr. visión), etc. En este sentido, de entre las contingencias que pueden derivar en una baja laboral, la literatura coincide en que las patologías osteomioarticulares y los trastornos mentales son la principal causa, siendo también las patologías más simuladas para conseguirlas de modo espurio (Catalina et al., 2011; Delclos et al., 2010; Santamaría et al., 2013). No obstante, múltiples son las causas que conllevan a actuaciones fraudulentas relacionadas con la IT. En ocasiones se deriva de la limitada actualización y formación de los facultativos en cuanto a la valoración funcional requerida para el establecimiento de una baja laboral (Guillén, 2014) y a la ausencia de protocolos de evaluación que estudien la hipótesis de simulación (Santamaría et al., 2013). En otras, es a consecuencia de la falta de control ejercida por el INSS debido a que un 28.2% de los procesos de IT presentan irregularidades bien por falta de información en su cumplimentación, bien porque no existe un parte de baja, llegando a constatar que en el 2.8% ni siquiera se recoge el código diagnóstico (Tribunal de Cuentas, 2014). O puede

estar motivado por el deseo de hacer un uso perverso de la prestación, simulando la patología o prolongando la sintomatología preexistente (Domínguez et al. 2013). No en vano, algunos estudios estiman el uso fraudulento de este subsidio en cifras superiores al 40% de los casos (Domínguez et al., 2013; Salazar et al., 2014), advirtiendo que más del 80% de los procesos derivados de trastornos mentales superan el tiempo estándar establecido para la curación de los mismos (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009).

Ante esta tesitura, se constatan dos problemas fundamentales, 1) que las patologías con cierto componente subjetivo en su sintomatología son más fáciles de fingir, y 2) que las personas que se encargan de valorar las IITT no parten de la hipótesis de simulación. Esta última afirmación será el centro de nuestro estudio, ya que estamos ante un contexto en el que se pueden obtener beneficios secundarios manteniendo una actitud de engaño (i. e. días libres, prestación económica), por lo que no basta con realizar un diagnóstico, sino que ha de descartarse la simulación y ha de establecerse el alcance de las limitaciones que supone la patología en relación con las exigencias del puesto de trabajo.

En consecuencia, nos hemos planteado llevar a cabo un estudio experimental con un doble objetivo. Por una parte, valorar la capacidad de simulación de personas legas en psicopatología respecto a un trastorno mental que pueda dar lugar a una IT; y por otra, analizar el potencial de detección del engaño que presentan tanto el MMPI-2 como el MMPI-2-RF en esta materia, instrumentos de referencia a nivel mundial tanto en el ámbito forense como en cualquier situación en la que exista riesgo de que los evaluados manipulen sus respuestas para obtener algún tipo de ventaja (Seijo, Fariña, y Vilariño, 2014; Borum y Grisso, 1995; Arbisi y Seime, 2006; Lally, 2003).

2.- OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es dar respuesta a dos temáticas. La primera hace referencia a la posibilidad de conocer la capacidad de las personas legas en psicopatología ante la tarea de simular una patología. En concreto, un trastorno mental que pueda dar lugar a una IT. La segunda surge ante las diversas posibilidades que se nos presentan a la

hora de elegir una prueba diagnóstica para valorar el daño psíquico en una evaluación forense. Dado que uno de los instrumentos psicométricos más utilizados en el ámbito forense es el MMPI-2, y éste ha evolucionado hacia una nueva forma, el MMPI-2-RF, resulta de interés comparar las propiedades psicométricas de ambos.

Así, para abordar las dos cuestiones enunciadas se plantean los siguientes objetivos:

1) conocer la capacidad de simulación de la población general ante una tarea que tenga como objetivo lograr una incapacidad laboral derivada de un trastorno mental fingido y

2) comparar la capacidad de detección de la simulación del MMPI-2 y del MMPI-2-RF.

3.- MÉTODO

3.1.- PARTICIPANTES

En el estudio participaron un total de 150 sujetos cuyo rango de edad oscilaba entre los 18 y los 64 años con un promedio de 32.65 ($DT=9.63$). El 40% eran varones ($n=60$) y el 60% mujeres ($n=90$). En cuanto al estado civil, el 68% estaban casados o vivían en pareja, el 29% eran solteros, y el 3% separados/divorciados. En lo relativo al nivel de estudios, el 55% cursaban o habían cursado estudios universitarios habiendo concluido éstos el 32%, el 12% había obtenido el bachillerato, el 14% formación profesional y 19% habían completado la enseñanza obligatoria. Además se llevó a cabo un estudio de sus capacidades cognitivas mediante diversas entrevistas para garantizar que dispusieran de capacidades mínimas que les permitieran simular en una tarea como la encomendada. Todos ellos eran legos en psicopatología, tenían o habían tenido contacto con el mundo laboral, y no habían permanecido de baja temporal por causa psíquica en ningún momento.

3.2.- DISEÑO

La metodología de investigación empleada fue de tipo experimental y en un ambiente de simulación de alta fidelidad. Para conseguir este objetivo y dotar de mayor realismo la situación aumentando la implicación de los participantes, se ofrecieron 150 euros a las cuatro mejores simulaciones. Así, se planificó un estudio de análogos mediante un diseño de medidas repetidas (respuestas bajo instrucciones estándar vs. respuestas bajo instrucciones de simulación) para conocer la capacidad de simulación de los participantes en el instrumento de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense (Boccaccini y Brodsky, 1999; Borum y Grisso, 1995; Butcher y Miller, 1999), esto es, el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999). Del mismo modo, los protocolos obtenidos mediante el MMPI-2 (567 ítems) fueron analizados y ajustados a la versión del MMPI-2-RF (338 ítems) (Ben-Porath y Tellegen, 2009) para poder obtener también las escalas clínicas reestructuradas y las escalas de validez que aporta esta nueva versión del instrumento. Para ello se manipularon las instrucciones administradas. En primer lugar se les pidió que cumplimentaran el cuestionario bajo instrucciones estándar, permitiéndonos descartar a los sujetos que presentasen patología, y posteriormente, que respondieran bajo instrucciones de simulación de daño psíquico que pudiera ser causa de incapacidad laboral temporal. Las indicaciones que se les proporcionaban consistían en que se pusieran en el lugar de una persona que simulaba una IT en el ámbito laboral por causa psicológica debiendo justificar ésta en base a la obtención de algún beneficio asociado (v. gr. lograr una prestación económica, evadirse de problemas laborales, obtención de días libres, malestar familiar u otras causas).

3.3.- PROCEDIMIENTO

La tarea de los participantes consistió en responder a la versión española del MMPI-2 de (Hathaway y McKinley, 1999) y del MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009) bajo las instrucciones estándar para garantizar el cotejo del estado clínico, y eliminar, si fuese el caso, los sujetos con patología previa que pudiesen contaminar la muestra. Todos ellos participaron de manera voluntaria. Las sesiones de evaluación fueron

llevadas a cabo individualmente. Tras comprobar que los sujetos eran válidos para el estudio, se les instruía para que contestaran al cuestionario de forma engañosa, es decir, se les solicitaba que se hicieran pasar por una persona que intenta conseguir una IT por causas psicológicas, bien simulando un estado clínico incapacitante para el desarrollo del trabajo, bien exagerando algún problema de salud mental (instrucciones de simulación), advirtiéndoles que tenían una semana para prepararse y documentarse y contestar nuevamente la prueba psicométrica. Se prestó especial atención a que las instrucciones fueran comprensibles, específicas y circunscritas únicamente a la IT por causas psicológicas. Asimismo, se les exponía la relevancia de la detección de las incapacidades temporales obtenidas de modo fraudulento mediante (sobre)simulación por los grandes costes que genera tanto para la SS, aseguradoras, empresas, como para la motivación de los empleados, etc.

Se planteó una recompensa de tipo económico por un importe de 150 euros para las cuatro personas que mejor simulasen. Con ello se pretendía conseguir una mayor motivación e implicación de los sujetos experimentales, y equiparar, en la medida de lo posible, la situación experimental a la contingencia real de simular o exagerar ante el médico de AP y obtener una baja laboral al igual que sucede con los simuladores reales. En última instancia se procedió a un *debriefing* en el que se examinó si los participantes habían realizado correctamente la tarea, su grado de motivación, preparación y grado de implicación en la ejecución de la misma.

En conclusión, se tomaron todas las cautelas oportunas recomendadas por Rogers (2008b) a la hora de realizar un estudio de análogos, a saber:

- a) Que las instrucciones resulten claras, comprensibles y específicas. Comprobando que son entendidas por los sujetos.
- b) Que se desafíe a los participantes a superar la prueba sin ser detectados, ofreciendo incentivos para aumentar la motivación y la relación con el contexto estudiado.
- c) Que se les proporcione a los sujetos tiempo para preparar la simulación (documentarse sobre la temática utilizando los medios que estimen oportunos).

3.4.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Como instrumentos de medida en la tarea de reconocimiento se utilizaron la adaptación española de TEA del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) y su última versión, el MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009). Dados nuestros propósitos de medida de la salud clínica y de control de la simulación, tomamos las diez escalas clínicas básicas, las escalas clínicas reestructuradas, las subescalas de Harris-Lingoes de esquizofrenia y las escalas de validez de ambos instrumentos. A continuación describiremos cada una de ellas.

El MMPI-2 está conformado por las siguientes escalas clínicas básicas:

- Hipocondría (*Hs*), que hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos con preocupaciones corporales normales.
- Depresión (*D*), evalúa sentimientos de desánimo, pesimismo, hiperresponsabilidad, apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos.
- Histeria de conversión (*Hy*), fue elaborada para identificar pacientes con reacciones somáticas debidas a una situación de estrés. Sus ítems aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo.
- Desviación psicopática (*Pd*), mide psicopatía o personalidad asocial y los ítems incluyen a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores.
- Masculinidad-feminidad (*Mf*), no se tuvo en consideración, por no ser relevante para nuestros propósitos.
- Paranoia (*Pa*), la componen ítems que comprenden ideas delirantes, suspicacia, fragilidad psicológica, opiniones o actitudes rígidas acompañadas de hostilidad o una sensibilidad acentuada.
- Psicastenia (*Pt*), aunque actualmente posibilita diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, tiene un contenido de ítems ansiosos y relacionados con el estrés o

tensión que abarcan un espectro más amplio, desde baja autoestima, preocupaciones excesivas, miedos exagerados, dudas acerca de su propia capacidad, dificultad de concentración, sentimientos de infelicidad, rumiaciones, sensibilidad elevada o dificultad para tomar decisiones.

- Esquizofrenia (*Sc*), evalúa este trastorno. Los ítems aluden a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración, confusión y desorganización, experiencias sensoriales extrañas y escaso control de los impulsos.
- Hipomanía (*Ma*), hace referencia a un estado maníaco moderado, ya que un estado maníaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala incluyen ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, extraversión y altas aspiraciones.
- Introversión social (*Si*), se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y a no participar en las actividades sociales, definiéndolos como reservados, tímidos, fríos y distantes.

Las subescalas de Harris-Lingoes de esquizofrenia del MMPI-2 que son de gran utilidad a la hora de analizar la validez discriminante para establecer un diagnóstico diferencial entre un trastorno psicótico y un trastorno ansioso-depresivo:

- Alienación social (*Sc1*), relacionada con la alienación social, sentimientos de soledad y vacío, sujetos que se sienten maltratados, incomprendidos, retraídos en las relaciones significativas o inhabilidad social.
- Alienación emocional (*Sc2*), sentimientos de temor, desesperanza, pesimismo, depresión y apatía.
- Ausencia de control del yo cognitivo (*Sc3*), procesos extraños de pensamiento, sentimientos de irrealidad, pensamientos e ideas mágicas, descontrol cognitivo y dificultades de concentración y memoria.
- Ausencia de control del yo conativo (*Sc4*), percepción de la vida como extraña, con tintes depresivos, deseos de estar muerto, preocupaciones excesivas, abulia, inhibición masiva y regresión, descontrol motivacional, responden al estrés refugiándose en la fantasía y ensoñación.

- Ausencia de control del yo inhibición defectuosa (*Sc5*), los sujetos sienten que no tienen control sobre sus propias emociones e impulsos, inquietos, hiperactivos, con presencia de periodos de risa o llanto incontrolables durante los cuales pierden la noción del tiempo y de su conducta.
- Experiencias sensoriales extrañas (*Sc6*), experiencias sensoriales y motoras extrañas, despersonalización, ideas de referencias, alucinaciones, o procesos extraños de pensamiento.

El MMPI-2-RF está compuesto por las siguientes escalas clínicas reestructuradas:

- Desmoralización (*RCd*). Está compuesta por los ítems de contenido afectivo de infelicidad e insatisfacción con la vida que estaban comprendidos en la escala de depresión del MMPI-2, incluyendo sentimientos de impotencia e ineficacia ante los problemas con los que se van encontrando en la vida, ideación suicida, o posibilidad de riesgo de autolesión.
- Quejas somáticas (*RC1*) guarda relación con preocupaciones relacionadas con trastornos somatomorfos, malestar general, gastrointestinal, dolor de cabeza, quejas neurológicas y cognitivas.
- Escasez de emociones positivas (*RC2*) está diseñada para diagnosticar depresión aguda. Los ítems abarcan síntomas vegetativos de depresión, falta de energía, introversión social y pesimismo.
- Desconfianza (*RC3*) no presenta un contenido autorreferencial, sino la creencia de que la mayoría de la población busca solo su propio beneficio, es decir, experiencias interpersonales negativas por falta de opiniones positivas sobre los demás.
- Conducta antisocial (*RC4*) refleja actitudes y comportamientos antisociales, dificultades para atacar las normas y expectativas sociales, dificultades con la ley, y abuso de sustancias, agresividad hacia terceros etc.
- Ideas persecutorias (*RC6*) advierte de sentimientos de persecución y control, suspicacia sobre las motivaciones de los demás, llegando incluso a alucinaciones, delirios u otros síntomas relacionados con esquizofrenia o trastornos psicóticos.
- Emociones negativas disfuncionales (*RC7*) hace referencia a experiencias de ansiedad e irritabilidad, pensamientos indeseados e intrusivos, muy sensibles a las críticas e inseguros y faltos de capacidad.

- Experiencias anormales (*RC8*) mide percepciones, cogniciones y problemas motores que sugieren trastornos psicóticos. También puede hacer alusión a alucinaciones, delirios y sensaciones extrañas que sugieren una pérdida de contacto con la realidad.
- Activación hipomaniaca (*RC9*) hace referencia a pensamientos rápidos, altos niveles de energía, irritabilidad y humor elevado. A menudo estas personas se muestran agresivas, con bajo control de impulsos, buscadores de riesgos y extravertidos.

Las escalas de problemas específicos, tanto las somáticas y cognitivas como las internalizantes y externalizantes evidencian importantes diferencias de género, por lo que pueden resultar de gran interés para el estudio de las IITT.

- Malestar general: sensación general de debilitamiento físico, estado de salud delicado.
- Quejas gastrointestinales: náuseas, molestias estomacales recurrentes y falta de apetito.
- Dolor de cabeza: dolor de cabeza y cuello.
- Quejas neurológicas: mareos, debilidad, parálisis, falta de equilibrio.
- Quejas cognitivas: problemas de memoria, dificultad para concentrarse, etc.
- Ansiedad: ansiedad generalizada, temores, pesadillas frecuentes.
- Miedos incapacitantes: aquellos que impiden significativamente el desarrollo de actividades cotidianas.
- Miedos específicos: a la sangre, fuego, truenos, etc.
- Problemas de conducta juvenil: problemas en el centro educativo, en casa, robos, etc.
- Abuso de sustancias: abuso de alcohol y drogas en la actualidad y en el pasado.

Para el control de la validez de los protocolos, el MMPI-2 cuenta con cuatro escalas originales de validez:

- Escala de No Respuestas (?). La puntuación interrogante es la suma del número de ítem dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación (APA, 2002, 2014), invalidándose un protocolo con 30 o más ítems no respondidos, aunque Graham (2011) advierte que ese punto de corte es demasiado liberal, reduciéndolo a más de 10.

- Escala *K*, (Factor Corrector) se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de evaluación. En concreto, una puntuación elevada ($T \geq 65$) es propia, entre otras hipótesis, de defensividad en tanto una puntuación baja ($T < 40$) es útil a la hora de detectar a sujetos que fingen tener serias dificultades emocionales (Graham, 2011).
- Escala *F* (Infrecuencia), se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que puntuaciones elevadas ($T > 70$) son indicativas de una potencial simulación (Bagby, Rogers, Buis y Kalembe, 1994).
- Escala *L* (Mentira). Creada con el objetivo de constatar el grado en que un sujeto intenta falsificar sus respuestas presentándose de modo positivo (disimulando), ya que el contenido de los ítems incluyen conductas socialmente valoradas, pero que en conjunto, ocurren con poca probabilidad en la mayoría de la gente.

A su vez, calculamos los índices producto de las combinaciones de las escalas de validez estándar que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos (Duckworth y Anderson, 1995):

- El índice F-K se ha observado que puede detectar los intentos de proporcionar una mala imagen. Si bien se admiten puntos de corte específicos para cada contexto (Graham, 2011), el punto de corte promedio de 30 en puntuaciones *T* (12 en puntuaciones directas) (Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003).
- Perfil en “V invertida”, puntuaciones en *L* y *K* por debajo de 50 y puntuaciones $F > 80$ (Jiménez y Sánchez, 2003), advierte de exageración de síntomas (Nicholson et al., 1997).
- Perfil en V, si bien se dirige a la medida de la disimulación (Lachar, 1974), también juega un papel significativo sirviendo de apoyo a través de la validez discriminante en el análisis de la simulación.

Además de las escalas de validez estándar del protocolo, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con éstas, los indicadores adicionales de

validez relacionados en la literatura previa con la simulación (Berry, Baer y Harris, 1991; Berry et al., 1996; Dearth et al., 2005; Graham, 2011; Greene, 1997; Jiménez y Sánchez, 2003; Rogers, Sewell, Martin, y Vitacco, 2003; Rogers, Sewell y Salekin, 1994; Sánchez, 2002):

- F posterior (Fb), en contenido similar a la escala F , pero con margen de actuación en la segunda mitad del test. Una puntuación $T > 70$ es indicativa de posible simulación.
- Disimulación de Gough (Ds), identifica personas que simulan o exageran psicopatología en la línea de síntomas que no son habituales dentro de los cuadros cotidianos. En diversos estudios los sujetos instruidos para simular puntúan alto en esta escala, pero no se muestra tan efectiva como la escala F (Berry, Baer y Harris, 1991). Puntuaciones directas en la Escala $Ds \geq 26$ (Butcher et al., 1989) son indicativas de simulación.
- Psicopatología Infrecuente (Fp), es análoga a la escala F , con la salvedad de que los reactivos fueron comprobados con una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados, encontrando que en muy pocas ocasiones respondían de forma afirmativa al contenido de los mismos ya que incluye una amplia variedad de síntomas psicóticos severos, hábitos muy inusuales, confusión de identidad, etc. (Arbisi y Ben-Porath, 1995). Puntuaciones directas > 7 advierten de posible simulación (Rogers et al., 2003).

Finalmente, consideramos las escalas de medida de la consistencia de las respuestas:

- Escala de inconsistencia de respuestas verdadero $TRIN$, se considera que una puntuación directa igual o superior a 13 o una $T > 70$ en la adaptación española del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999), advierte de inconsistencia en las respuestas.
- Escala de inconsistencias de respuestas variables $VRIN$, al igual que la escala anterior, presenta los mismos puntos de corte.
- La diferencia en valores absolutos entre F y Fb , $|F-Fb|$ (índice de infrecuencia) (Greene, 1997). La media y desviación típica de $|F-Fb|$ en los grupos normativos son 2.63 y 2.07, respectivamente, tomándose una T de ≥ 70 como punto de corte ($T_{70} = 6.77$).

En cuanto a las escalas de validez del MMPI-2-RF, éstas se estructuran en tres bloques. El primero de ellos, al igual que en su predecesor, es la ausencia de respuesta al contenido, que está compuesto por tres escalas:

- Puntuación interrogante (?). La ausencia de respuesta al contenido sucede cuando el sujeto evaluado no lee, no entiende o no responde adecuadamente a los ítems.
- Inconsistencia de las respuestas variables revisada (*VRIN-r*). Entendidas como patrones de respuestas aleatorias.
- Inconsistencia de respuestas verdadero revisada (*TRIN-r*). Pares de ítems con contenido similar que detectan patrones de respuestas fijas.

El segundo bloque es el compuesto por las escalas que detectan la exageración de síntomas tales como:

- Infrecuencia revisada (*F-r*), que hace referencia a respuestas infrecuentes en la población general, entendiéndose que puntuaciones $T > 70$ pueden deberse a una posible simulación (Lachar, 1974; Rogers, 1997c).
- Psicopatología Infrecuente revisada (*Fp-r*) que alude a respuestas infrecuentes en la población psiquiátrica.
- Quejas Somáticas Infrecuentes (*Fs*) (Wygant, Ben-Porath, y Arbisi, 2004), en la que encontramos quejas somáticas infrecuentes en la población de pacientes en tratamiento médico.
- Validez de los Síntomas revisada (*FBS-r*), donde aparecen quejas somáticas y cognitivas relativas a una amplia gama de contextos. Sin embargo, diversos autores (Gass et al., 2010; Jiménez et al., 2014) advierten que debería entenderse como una escala de desajuste psicossomático, y no como una escala propia de validez, ya que no incluye síntomas raros ni inusuales, sino más bien virtudes, actitudes y contextos de estrés muy común en diversos trastornos.
- Escala de sesgo de respuesta (*RBS*), (Gervais, Ben-Porath, Wigant, y Green, 2007), examina quejas o disfunciones cognitivas simuladas, siendo estudiada principalmente en muestras de demandantes de incapacidades y personas inmersas en litigios por accidentes.
- *F* de estrés postraumático (*Fptsd*) (Elhai, Ruggieron, Frueh, Bekham, Gold, y Feldman, 2002), testada en una muestra de veteranos de guerra está diseñada para detectar respuestas espurias relativas al TEP. Sin embargo, Marshall y Bagby (2006)

en una investigación con estudiantes instruidos para simular, advirtieron que tal escala no incrementaba la validez sobre la escala *Fp*.

Estas escalas no proporcionan indicadores concretos sobre la intencionalidad o la motivación en los casos en que se observan indicios de exageración, no obstante, sirven para apoyar o refutar sospechas de fingimiento o exageración, que serán complementadas con otro tipo de datos tales como entrevistas, historiales médicos, etc., y que nos ayudarán a la hora de interpretar las escalas sustantivas.

Por último, el tercer bloque hace referencia a la minimización de síntomas. En él constan la escala de Virtudes inusuales revisada (*L-r*) y la de Validez del ajuste revisada (*K-r*). Al igual que ocurre con la exageración de síntomas, en la minimización, también se debe disponer de datos externos al referido test para establecer la diferencia entre la intencionalidad o no que pueda tener el sujeto en responder de modo disimulador o minimizador.

3.5.- ANÁLISIS DE DATOS

La comparación de medias de constructos teóricos altamente relacionados (escalas clínicas básicas, escalas clínicas reestructuradas, escalas Harris-Lingoes, escalas de validez de evaluación de la simulación) se abordó mediante un análisis de varianza multivariado de medidas repetidas (respuesta honesta vs. simulada). El tamaño del efecto multivariado se estimó con eta cuadrado (η^2) y, para los efectos univariados, con la *d* de Cohen.

El análisis de la validez incrementada de las escalas de control de la simulación se ejecutó con la regresión logística binaria; en tanto que el estudio de la precisión diagnóstica de las mismas se llevó a cabo a través de la sensibilidad (*Se*); especificidad (*Es*); clasificación correcta global (CCG); las odds ratio diagnósticas (DOR), que son independientes de la línea base (Glass, Lijmer, Prins, Bonsel, y Bossuyt, 2003) y el área bajo la curva (AUC).

En las comparaciones de medias entre dos grupos (género: hombres vs. mujeres) se aplicó la *t* de Student para muestras independientes, siendo estimado el tamaño del efecto con la *g* *insegada* (*Ns* desiguales) de Hedges (Hedges y Olkin, 1985).

La magnitud del tamaño del efecto se interpretó en relación a las siguientes categorías: valores de *d* de Cohen/*g* de Hedges > 0.20 como tamaño pequeño; > 0.50 como tamaño del efecto medio; > 0.80 como tamaño del efecto grande y > 1.20 como mayor que grande (Cohen, 1988; Iraurgi, 2009). Las equivalencias en eta cuadrado son: 0.06, 0.14 y > 0.14.

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para dar respuesta a los objetivos primordiales de este estudio, a saber, 1) conocer la capacidad de simulación de la población general ante una tarea de simulación de una incapacidad laboral derivada de un trastorno mental, y 2) comparar la capacidad de detección de la simulación en dicha tarea que ofrece el MMPI-2 y su nueva fórmula, el MMPI-2-RF, procedimos a comparar primeramente las escalas clínicas, tanto las básicas como las reestructuradas. Asimismo, estudiamos la influencia del factor género sobre las puntuaciones en la tarea de simulación, al tiempo que exploramos las aportaciones de las subescalas de esquizofrenia Harris-Lingoes al estudio de la validez discriminante. Posteriormente pasamos a comprobar la capacidad de detección de las escalas de simulación de ambos instrumentos, analizando también la validez incrementada de unas escalas sobre otras, y ambos modelos de modo global.

4.1.- ESTUDIO DE LA SIMULACIÓN EN LAS ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS DEL MMPI-2

Los resultados mostraron un efecto multivariado significativo en la medida de las escalas clínicas básicas de salud mental, $F(9, 141) = 113.65, p < .001, \eta^2 = .879, 1-\beta = 1$, mediado por el factor instrucciones (respuesta honesta vs. simulada), explicando el 87.9% de la varianza. En suma, los participantes disponen de capacidad para manipular las respuestas en esta medida. Sin embargo, como veremos posteriormente, adolecen de la

habilidad de discriminación necesaria entre trastornos que dan lugar a una IT y los que no. Es decir, observamos puntuaciones elevadas en escalas que no son constitutivas de una prestación de IT. Un ejemplo de ello puede ser la escala *Sc* de esquizofrenia, u otras que no son causa de incapacidad laboral transitoria, como la escala *Pd* de Desviación psicopática.

Los efectos univariados ponen de manifiesto (ver Tabla 18) que los participantes han simulado en todas las escalas clínicas básicas. Además, la magnitud de la simulación es mayor que grande ($d > 1.20$) en todas ellas. Aún es más, en las escalas de medida relacionadas con la IT, Depresión (*D*) y Psicastenia (*Pt*), las puntuaciones observadas son extremadamente elevadas ($> 4 DE$ mayores en la condición de respuesta simulada que en la de respuesta honesta), siendo elevadas también en la escala de Esquizofrenia (*Sc*).

Tabla 18. *Efectos Univariados en las Escalas Clínicas Básicas Mediados por el Factor Instrucciones*

Escala	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M</i> _{honesto}	<i>M</i> _{simulada}	1-β
<i>Hs</i>	523.29	.000	3.74	13.99	27.43	1
<i>D</i>	680.11	.000	4.26	20.63	37.96	1
<i>Hy</i>	480.84	.000	3.58	21.25	33.06	1
<i>Pd</i>	498.80	.000	3.65	22.94	34.24	1
<i>Pa</i>	143.69	.000	1.96	10.02	21.03	1
<i>Pt</i>	787.50	.000	4.60	27.79	46.31	1
<i>Sc</i>	747.32	.000	4.48	26.83	56.24	1
<i>Ma</i>	182.78	.000	2.21	19.33	24.41	1
<i>Si</i>	382.86	.000	3.20	27.77	47.79	1

Nota. $gl(1, 149)$; *M*_{honesto} = Media del grupo de respuesta honesta; *M*_{simulada} = Media del grupo que simula una IT.

No obstante, dada la dificultad que entraña, en ocasiones, establecer un diagnóstico acertado, aparte de estudiar las escalas clínicas debemos recurrir a la información que aporta la configuración del perfil o la combinación de los códigos (Roig-Fusté, 1993). En este sentido hallamos que la configuración de dos puntos (las dos escalas más elevadas) sitúa al perfil 7-8 como el de referencia. En este caso, al ser la puntuación en psicastenia mayor que en esquizofrenia, prevalece el diagnóstico de un trastorno no psicótico (i. e. trastorno de ansiedad, obsesivo compulsivo, TEP/adaptativo) sobre uno psicótico (Graham, 2011). No obstante, sobre la base de la superioridad en la puntuación

de psicastenia, se establece que se trata de sujetos que se encuentran en la antesala, o en fase prodrómica y que se están resistiendo a desarrollar un trastorno grave de pensamiento o problemas graves de conducta (v. gr. trastorno psicótico) (Greene, 2011). Es decir, prima la sintomatología de corte ansioso aunque con características graves. Otra fuente de apoyo al diagnóstico diferencial entre un trastorno psicótico, no relacionado con la IT, y uno no psicótico, relacionado con trastornos de ansiedad y depresión, descansa en las subescalas Harris-Lingoes. Así, las subescalas más elevadas serán las que determinen la impresión diagnóstica. Por consiguiente, si las puntuaciones son superiores en las subescalas *Sc3* y *Sc6*, es más probable que la impresión diagnóstica se decante hacia un trastorno psicótico; en tanto que si las elevaciones se dan en las subescalas *Sc1* o *Sc2*, tal probabilidad decae, cobrando peso la hipótesis de un trastorno ansioso-depresivo (Nichols, 2002; Roig-Fusté, 1993). En todo caso, cuando no hay ningún otro indicio psicótico y existen ganancias externas, al observarse puntuaciones elevadas tanto en las dos primeras subescalas como en la última, tendríamos que realizar un estudio más pormenorizado de las restantes escalas básicas y subescalas para comprobar si la tendencia general del protocolo es una puntuación indiscriminada en múltiples medidas (característica habitual en los simuladores) y en qué intensidad, y así poder plantearnos si se trata de un estado clínico grave o una posible simulación.

En los participantes de este estudio hallamos diferencias en las escalas Harris-Lingoes, $F(5, 894) = 8.82$, $p < .001$, $\eta^2 = .047$, $1-\beta = 1$, presentando las mayores puntuaciones en las subescalas *Sc1* (Alienación social) (i. e. relacionada con la alienación social, incompreensión, sentimientos de soledad y vacío), $d = 0.22$; *Sc2* (Alienación emocional) (i. e. sentimientos de temor, desesperanza, depresión y apatía), $d = 0.18$ y *Sc6* (Experiencias sensoriales extrañas) (i. e. experiencias sensoriales extrañas, ideas de referencias, alucinaciones, o procesos extraños de pensamiento), $d = 0.16$. Es decir, aumentaron su puntuación de modo diferencial y más pronunciado en aquellas escalas que, a su entender, guardan mayor relación con patologías susceptibles de generar IT. Con estos resultados, podemos afirmar que los simuladores de nuestra muestra se decantan por dos estrategias combinadas, el reconocimiento y respuesta de los síntomas obvios de los trastornos más prevalentes y la exageración de la sintomatología. Esto es, por un lado identifican ciertos síntomas de alienación social y emocional (falta de relación con los demás y apatía respecto a uno mismo y sus intereses) que correlacionan en su contenido

con algunos rasgos de depresión y ansiedad (Nichols, 2002, 2011), de ahí las puntuaciones en *Sc1* y *Sc2*; pero por otro, también puntúan en la subescala *Sc6*, con unos ítems que guardan mayor relación con síntomas positivos de la esquizofrenia como pueden ser sentimientos de despersonalización y extrañeza, experiencias sensoriales o motoras que son consideradas como estresantes, pérdidas de conciencia, contenidos de pensamiento inusuales, alucinaciones, etc. (Greene, 2011). Es decir, también responden afirmativamente a reactivos que entienden que reportan mayor gravedad a su sintomatología. En resumen, puntúan tanto en los síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia, por lo que las respuestas de los simuladores no gozan de validez discriminante.

Por su parte, los perfiles de tres puntos caracterizan la simulación de una IT como la combinación de Depresión, Psicastenia y Esquizofrenia (2-7-8). Nuevamente, los diagnósticos no psicóticos del espectro ansioso depresivo y psicótico son los propios de este tipo de perfil, pero dada la configuración del mismo, prevalece la impresión diagnóstica de un trastorno no psicótico, que se relaciona con la IT, sobre uno psicótico.

4.1.1.- Diferencias de género en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 en condición de simulación

El estudio de la diferencia de medias en las escalas clínicas básicas por el factor género (ver Tabla 19) señala que las mujeres exhiben, en relación a los hombres, mayores puntuaciones en las escalas de Hipocondría, Depresión e Histeria con un tamaño del efecto medio, y también en Psicastenia, con un tamaño del efecto pequeño.

A su vez, los hombres, puntúan de manera significativamente mayor en la escala de Hipomanía, evidenciando un tamaño del efecto pequeño. En las dimensiones de Desviación psicopática, Paranoia y Esquizofrenia no se apreciaron diferencias. Estos resultados están en consonancia con lo expuesto en la literatura, que encuentra en la población de mujeres puntuaciones superiores en factores relacionados con sintomatología internalizante; concretamente, en depresión y ansiedad (Gurtman y Lee, 2009; Rohlfs et al., 2000), en tanto que los hombres, por diferencias en la socialización, no exteriorizan sus quejas de tipo somático hasta que presentan una elevada gravedad (Pla, Adam, y Bernabeu, 2013).

Tabla 19. Escalas Clínicas Básicas Mediadas por el Factor Género

	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>	<i>M</i> _{hombre}	<i>M</i> _{mujer}
Hipocondría	-3.56	.001	-0.63	25.13	28.97
Depresión	-3.40	.001	0.60	35.52	39.59
Histeria	-3.51	.001	-0.58	31.12	34.36
Desviación psicopática	0.87	.385	0.14	34.68	33.94
Paranoia	-1.63	.104	-0.27	20.25	21.54
Psicastenia	-2.53	.012	0.42	44.70	47.39
Esquizofrenia	-0.01	.995	-0.001	56.23	56.24
Hipomanía	2.26	.025	0.38	25.38	23.76
Introversión social	-2.16	.032	-0.36	45.55	49.28

Nota. *gl*(148). *M*_{hombre}= media del grupo de hombres; *M*_{mujer}= Media del grupo de mujeres.

4.2.- ESTUDIO DE LA SIMULACIÓN EN LAS ESCALAS CLÍNICAS REESTRUCTURADAS

Asimismo, los resultados indicaron un efecto multivariado significativo en la medida de las escalas clínicas reestructuradas de la salud mental, $F(9, 141) = 119.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .884$, $1-\beta = 1$, mediado por el factor instrucciones (respuesta honesta vs. simulada), explicando el 88.4% de la varianza. En suma, los participantes disponen de la capacidad de manipulación de las respuestas en esta medida.

Del mismo modo, los efectos univariados revelan (ver Tabla 20) que los participantes han simulado en todas las escalas clínicas reestructuradas excepto en la escala *RC9* (Activación hipomaniaca) que no se muestra sensible a las instrucciones de simulación ($p > .05$). En las escalas restantes, la magnitud de la simulación es más que grande ($d > 1.20$). Sin embargo, las puntuaciones son muy superiores en las escalas que guardan relación directa con la IT, en este caso, (> 4 DE superiores en condición de simulación frente a la condición honesta) para las escalas *RCd* (Desmoralización) (i. e. quejas relacionadas con ansiedad y depresión, insatisfacción, infelicidad o tristeza) $d = 4.66$; *RC1* (Quejas somáticas) (patrón difuso de quejas somáticas, gastrointestinales, dolores de cabeza, cansancio, etc.) $d = 4.15$; *RC7* (Emociones negativas disfuncionales) (i. e. ansiedad, ira, miedo, ideas intrusivas, pensamientos obsesivos) $d = 4.23$ y en menor

medida *RC6* (Ideas persecutorias) (desconfianza, aislamiento, dificultades interpersonales, delirios paranoides) (> 3 DE superiores en condición de simulación frente a la condición honesta) $d = 3.07$. Aunque en el MMPI-2-RF se han perdido los tipos de perfil o códigos, si examinamos el contenido de las escalas en las que los simuladores obtienen una mayor puntuación encontramos, en general, grandes similitudes con el MMPI-2.

Tabla 20. *Escalas Reestructuradas RC Medidos por el Factor Instrucciones*

Escala	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	M_{honesto}	M_{simulada}	$1-\beta$
<i>RCd</i>	813.54	.000	4.66	5.76	20.39	1
<i>RC1</i>	646.64	.000	4.15	4.32	17.87	1
<i>RC2</i>	72.29	.000	1.39	4.48	13.50	1
<i>RC3</i>	137.67	.000	1.92	8.13	11.731	
<i>RC4</i>	84.11	.000	1.50	4.92	8.56	1
<i>RC6</i>	350.67	.000	3.07	0.97	8.32	1
<i>RC7</i>	665.63	.000	4.23	6.78	17.64	1
<i>RC8</i>	324.22	.000	2.95	1.84	8.57	1
<i>RC9</i>	0.42	.518	0.11	14.37	14.63	.099

Nota. $g(1, 149)$; M_{honesto} = Media del grupo de respuesta honesta; M_{simulada} = Media del grupo que simula una IT.

En resumen, tanto en lo que respecta a las escalas clínicas básicas como a las escalas reestructuradas, las puntuaciones más elevadas y con mayor tamaño del efecto son las relacionadas con la Depresión, Ansiedad, Desmoralización, Quejas somáticas y Emociones negativas disfuncionales, aunque también se observan valores elevados en ciertas medidas que guardan relación con la Esquizofrenia. Es decir, la literatura al uso destaca que los trastornos mentales como ansiedad y depresión son los más simulados, y esta contingencia concuerda con lo que hemos encontrado en nuestro estudio. No obstante, hay un porcentaje de simuladores que utilizan estrategias poco sutiles consistentes en responder afirmativamente a ítems que entienden que añaden intensidad y gravedad a su situación (v. gr. contenido psicótico). Esto produce elevaciones que reflejan un patrón de sintomatología de modo indiscriminado, por lo que al someter los datos al análisis de validez discriminante y predictiva, advierte de posibles indicios de simulación.

4.2.1.- Diferencias de género en la simulación de IT en las escalas reestructuradas RC

Los resultados (ver Tabla 21) mostraron que las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres en las escalas de Desmoralización, $g = 0.40$ y Quejas somáticas, $g = 0.60$, con un tamaño del efecto pequeño y medio, respectivamente. Por contra, los varones exhiben puntuaciones más elevadas que las mujeres en las escalas de Desconfianza y Conducta antisocial, revelando un tamaño del efecto pequeño; aunque en todo caso, no serían constitutivas de IT. No se halló que el factor género mediara diferencias en las restantes escalas RC.

Nuevamente, estos resultados están en consonancia con lo expuesto en la literatura, ya que las mujeres tienden a evidenciar unas puntuaciones superiores en factores relacionados con sintomatología internalizante, esto es, en este caso concreto somatización y depresión; en tanto que los hombres presentan sintomatología externalizante, relacionada con la agresividad, impulsividad, problemas con las normas, experiencias interpersonales negativas o abuso de sustancias.

Tabla 21. Escalas RC Mediadas por el Factor Género

	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>	M_{hombre}	M_{mujer}
Desmoralización	-2.39	.018	0.40	19.41	21.04
Quejas somáticas	-3.63	.000	0.64	15.73	19.30
Escasez emoc. positivas	0.587	.558	-0.06	14.25	13.00
Desconfianza	2.566	.011	0.40	12.45	11.25
Conducta antisocial	2.749	.007	0.46	9.93	7.64
Ideas persecutorias	0.158	.436	0.13	8.68	8.07
Emociones negat disfunc.	0.781	.074	-0.29	16.90	18.13
Experiencias anormales	-1.80	.751	0.05	8.71	8.47
Activación hipomaníaca	0.318	.099	0.27	15.45	14.08

Nota. $g(148)$. M_{hombre} = media del grupo de hombres; M_{mujer} = Media del grupo de mujeres.

Es decir, se produce un fenómeno singular, y es que ante tarea de simulación, cada grupo tiende a fingir lo que le es más conocido y cercano, las mujeres depresión y somatización, frente a los hombres que se decantan por conductas antisociales, puntuaciones elevadas en escalas con alto contenido en desconfianza, hostilidad hacia los

demás, etc. Esto sugiere que no simulan de modo aleatorio, sino que se centran en exagerar o reconocer situaciones de su cotidianidad, o que padecen frecuentemente.

4.2.2.- Diferencias mediadas por el factor género en las escalas de problemas específicos en la condición de simulación

Al encontrar que los simuladores se muestran consistentes en exagerar o amplificar los trastornos que, en general, suelen padecer, nos hemos propuesto analizar las escalas de problemas específicos, ya que éstas incluyen una serie de reactivos relacionados con la internalización y externalización de sintomatología que podría resultar de utilidad a la hora de realizar un estudio más minucioso. Así, en cuanto a las escalas internalizantes no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas a excepción de las escalas de Ansiedad $M_{mujeres} = 3.99$, $M_{hombres} = 3.30$, $t(148) = -3.392$, $p < .001$, $g = -0.61$; Miedos incapacitantes $M_{mujeres} = 3.48$, $M_{hombres} = 4.32$ $t(148) = -2.153$; $p < .05$, $g = -0.36$, y Miedos específicos $M_{mujeres} = 3.73$, $M_{hombres} = 5.27$ $t(148) = -3.850$; $p < .001$, $g = -0.64$, donde hallamos una mayor puntuación en las mujeres, con un tamaño del efecto pequeño para la escala de Miedos incapacitantes y medio para Ansiedad y Miedos específicos. Estos resultados se encuentran en la misma línea que los encontrados en estudios como los llevados a cabo por Griffith et al. (2010) y Krueger et al. (2002), concluyendo que las mujeres, más tendentes a la internalización, padecen en mayor medida miedos y fobias, de forma comórbida con ansiedad y depresión, coincidiendo con los resultados derivados de esta tesis. Por el contrario, en cuanto a las escalas externalizantes, apreciamos que los hombres alcanzan una puntuación superior que las mujeres en todas ellas, a saber, Problemas de conducta juvenil $M_{mujeres} = 2.07$, $M_{hombres} = 2.93$, $t(148) = 2.781$; $p < .01$, $g = 0.46$, Abuso de sustancias $M_{mujeres} = 2.10$, $M_{hombres} = 3.10$, $t(148) = 2.646$; $p < .01$, $g = 0.45$, y Agresión $M_{mujeres} = 4.21$, $M_{hombres} = 5.12$, $t(148) = 2.222$; $p < .05$, $g = 0.37$. Al igual que los hallazgos comentados anteriormente, la literatura establece que los hombres, en general más proclives a la externalización (APA, 2011; Montero et al., 2004) son propensos a obtener calificaciones elevadas en transgresión de normas, desinhibición del control de impulsos y abuso de sustancias, por lo que tal y como estos datos demuestran, también son las escalas en las que alcanzan mayor representación. Una vez más, volvemos a encontrar que cada grupo, hombres y mujeres, simulan lo que padecen de

modo más directo, y en general, lo que tradicionalmente se atribuye como característico de su género.

Tabla 22. *Diferencias de Género en las Escalas Somáticas y Cognitivas*

	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>	M_{hombre}	M_{mujer}
Malestar general	-2.239	.021	0.39	6.02	6,67
Quejas gastrointest.	-3.222	.001	0.57	2.90	3.76
Dolor cabeza	-3.626	.000	0.63	3.70	4.72
Quejas neurológicas	-1.922	.057	-0.31	5.37	6.18
Quejas cognitivas	-.698	.486	-0.12	7.20	7.49

Nota. $gl(148)$. M_{hombre} = media del grupo de hombres; M_{mujer} = Media del grupo de mujeres.

En lo que concierne a la comparación de las escalas somáticas frente a las cognitivas, las mujeres vuelven a mostrar puntuaciones más elevadas que los hombres en Malestar general, Quejas gastrointestinales y Dolor de cabeza (ver Tabla 22). En consecuencia, entendemos que las mujeres tienden a exagerar la sintomatología que les es más conocida y que más tienden a padecer (APA, 2014; INSS, 2015; Mason, Bubany y Butcher, 2012). Sin embargo, no se aprecian diferencias significativas en cuanto a Quejas neurológicas ni cognitivas entre ambos grupos en el factor género. No obstante se evidencian diferencias significativas al realizar la comparación por el factor instrucciones. Esto es, se ven afectadas por el mismo de modo significativo, Quejas cognitivas ($M_{\text{real}} = 1.58$; $M_{\text{simulada}} = 7.37$; $t(149) = -22.64$, $p < .001$), y Quejas neurológicas ($M_{\text{real}} = .98$; $M_{\text{simulada}} = 5.85$; $t(149) = -19.95$; $p < .001$). No obstante, dada la dificultad que entraña simular algún tipo de afectación neurológica o cognitiva, más allá de una burda afirmación de ausencia total de recuerdos, hombres y mujeres emplean las mismas estrategias ante este contexto al no disponer de conocimientos específicos sobre la temática.

4.3.- ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

En cuanto al estudio de las escalas de validez de control de la simulación, mediante un contraste multivariado, los resultados indicaron un efecto multivariado significativo en la medida de la detección de la simulación, $F(14, 136) = 81.05$, $p < .001$, $\eta^2 = .893$, $1-\beta = 1$, demostrando que dichas escalas son sensibles al factor instrucciones (respuesta honesta vs. simulada), explicando el 89.3% de la varianza.

Los contrastes univariados (ver Tabla 23) informan de un descenso significativo en la escala K , y un aumento importante en los valores de las restantes escalas con tamaños del efecto más que grandes ($d > 1.20$), a excepción de la escala Fs , que presenta un tamaño del efecto pequeño ($d < .50$). De modo pormenorizado encontramos que la escala $FBS-r$ es la que muestra un mayor tamaño del efecto; seguida de FBS , Ds , DSR , RBS y $F-r$; siendo las que alcanzan un menor tamaño del efecto las escalas F , Fb , el Índice Gough ($F-K$), Fp , $Fp-r$ y la escala K . En suma, estos valores señalan la funcionalidad, en cuanto a la detección de la simulación, de la totalidad de las escalas en un contexto forense. En este sentido, la interpretación de los resultados obtenidos basándonos en las escalas de validez del MMPI, ayuda a tomar la decisión de si el evaluado (inmerso en el proceso de obtención de una incapacidad) manipula el grado de interferencia que refiere frente a la que refleja en las pruebas psicométricas (Butcher, 2006). Es más, incluso nos puede permitir comparar los resultados alcanzados por el demandante de la IT con los obtenidos en estudios específicos realizados con muestras similares bajo el mismo contexto.

Sin embargo, para obtener un diagnóstico más preciso, cuando existe sospecha de simulación y las puntuaciones en la escala F o Fb son elevadas, es aconsejable consultar la Fp , porque, en general, esta escala no está mediada por el diagnóstico psiquiátrico y es menos influenciada por la presencia de psicopatología severa, lo que nos lleva a concluir que si también obtenemos cifras altas en la escala Fp , el perfil podría ser inválido por exageración de problemas emocionales (Butcher, 2006).

Tabla 23. Escalas de Validez de Control de la Simulación del MMPI-2/MMPI-2-RF

Escala	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i> (IC 95%)	<i>M</i> _{honestas}	<i>M</i> _{simulada}	1- β
<i>F</i>	491.61	.000	3.63(3.61, 3.65)	6.31	25.38	1
<i>K</i>	197.97	.000	2.31(2.29, 2.33)	15.00	9.91	1
<i>F-K</i>	557.76	.000	3.86(3.84, 3.88)	-8.75	15.34	1
<i>Fb</i>	570.88	.000	3.93(3.91, 3.95)	2.31	19.25	1
<i>FBS</i>	894.79	.000	4.91(4.88, 4.94)	10.89	25.63	1
<i>Fp</i>	156.54	.000	2.05(2.03, 2.07)	1.37	6.50	1
<i>Ds</i>	823.15	.000	4.70(4.67, 4.73)	10.85	34.31	1
<i>Ds-r</i>	777.18	.000	4.57(4.56, 4.58)	7.15	21.40	1
<i>RBS</i>	706.20	.000	4.36(4.35, 4.38)	6.43	17.52	1
<i>Fptsd</i>	145.20	.000	1.98(1.96, 1.99)	2.67	7.84	1
<i>F-r</i>	698.84	.000	4.33(4.31, 4.35)	2.97	17.51	1
<i>Fp-r</i>	242.14	.000	2.55(2.53, 2.57)	1.66	7.28	1
<i>Fs</i>	8.87	.003	0.49(0.48, 0.50)	5.86	6.43	.841
<i>FBS-r</i>	981.82	.000	5.14(5.11, 5.17)	5.77	18.80	1

Nota. $gl(1, 149)$; $M_{honestas}$ = Media del grupo de respuesta honesta; $M_{simulada}$ = Media del grupo que simula una incapacidad temporal.

4.3.1.- Diferencias de género en las escalas de validez para el control de la simulación

Tras estudiar si el factor género presenta algún tipo de influencia sobre las escalas de validez para el control de la simulación del MMPI podemos concluir que, con la excepción de la escala *FBS-r* $M_{hombres} = 4.78$, $M_{mujeres} = 6.42$, $t(148) = -2.88$, $p < .005$, $g = -0.48$, no se aprecian diferencias. En todo caso, las diferencias halladas en la escala *FBS-r* pueden responder a la ausencia de baremos específicos de género, a sabiendas de que las mujeres puntúan en mayor medida en los ítems que la conforman. Por otra parte, también existe literatura que aboga por no incluir la escala *FBS-r* como una escala de detección de exageración de síntomas, ya que no distingue entre simuladores y sujetos clínicos, por ello se aconseja sustituirla por la *Ds-r* (Sánchez, Ampudia, y Jiménez, 2014).

En este sentido podemos afirmar que las escalas de validez no están mediadas por el factor género, ya que hombres y mujeres, ante un contexto de simulación de una IT por causas psicológicas, obtienen valores similares.

4.4.- ESTUDIO DE LA VALIDEZ INCREMENTADA DE LAS ESCALAS PARA EL CONTROL DE LA SIMULACIÓN

Constatado el potencial de las escalas de validez de ambas pruebas para la detección de la simulación, procedemos a analizar la potencia estadística de dichas escalas, su sensibilidad, especificidad y grado de clasificación discriminando entre sujetos honestos y simuladores.

Los resultados de la comparación del estudio de la validez incrementada de las escalas de validez del MMPI-2 y las revisadas del MMPI-2-RF (ver Tabla 24), pone de manifiesto que la escala *F-r* incrementa significativamente la clasificación de la simulación en contraste con la escala *F* original. Dicho incremento se cuantifica en un 33% sobre la tasa de clasificación de *F*. No obstante, la sensibilidad, especificidad y exactitud de la clasificación es excelente en ambas escalas (>90), así como la capacidad diagnóstica, esto es, es 336 veces más probable que se diagnostique correctamente la simulación que no se detecte ($d = 14.04$; $r = .99$). En tanto que si utilizamos únicamente la escala *F*, la probabilidad de detectar a los simuladores como tales es de 133.17 veces superior a no hacerlo ($d = 7.98$; $r = .97$).

Tabla 24. Validez Incrementada

Modelo	$\chi^2(df)$	<i>w</i>	$\Delta\chi^2(df)$	Δw	Se	Es	CCG	DOR	AUC
<i>F/F-r</i>									
Step 1: <i>F</i>	293.91(1)***	.84			92.57	91.45	92.00	133.17	.974
Step 2: <i>F-r</i>	326.34(2)***	.89	32.43(1)***	.33	95.89	93.51	94.67	336.00	.986
<i>F-r/F</i>									
Step 1: <i>F-r</i>	322.69(1)***	.88			95.83	92.31	94.00	276.00	
Step 2: <i>F</i>	326.34 (2)***	.89	3.64 (1)	.11	95.89	93.51	94.67	336.00	
<i>Fp/Fp-r</i>									
Step 1: <i>Fp</i>	162.76 (1)***	.63			82.76	80.65	81.67	20.00	.889
Step 2: <i>Fp-r</i>	207.51 (2)**	.72	44.75(1)***	.39	92.13	80.92	85.67	49.64	.928
<i>Fp-r/Fp</i>									
Step 1: <i>Fp-r</i>	207.49(1)***	.72			92.13	80.92	85.67	49.64	
Step 2: <i>Fp</i>	207.51(2)***	.72	0.02(1)	.00	92.13	80.92	85.67	49.64	
<i>FBS/FBS-r</i>									
Step 1: <i>FBS</i>	300.29(1)***	.83			91.89	90.79	91.33	111.71	.976
Step 2: <i>FBS-r</i>	310.90(2)***	.86	10.61(1)***	.19	94.48	91.61	93.00	187.06	.981
<i>FBS-r/FBS</i>									
Step 1: <i>FBS-r</i>	310.89(1)***	.86			94.48	91.61	93.00	187.06	
Step 2: <i>FBS</i>	310.90(2)*	.86	.01(1)	0.01	94.48	91.61	93.00	187.06	
<i>Fp /Fptsd</i>									
Step 1: <i>Fp</i>	162.76(1)***	.63			82.76	80.65	81.67	20.00	.889
Step 2: <i>Fptsd</i>	163.46(2)***	.60	0.70(1)	0.05	84.09	76.79	80.00	17.48	.854
<i>Fptsd/ Fp</i>									
Step 1: <i>Fptsd</i>	135.00(1)***	.55			81.06	74.40	77.33	12.44	
Step 2: <i>Fp</i>	163.46(2)***	.60	28.46(1)***	.31	84.09	76.79	80.00	17.48	
<i>Ds/DS-r</i>									
Step 1: <i>Ds</i>	320.53(1)***	.85			93.24	92.11	92.67	161.00	.984
Step 2: <i>DS-r</i>	320.61 (2)***	.85	0.08(1)	.02	93.24	92.11	92.67	161.00	.980
<i>DS-r/Ds</i>									
Step 1: <i>DSR-r</i>	307.21(1)***	.86			94.48	91.61	93.00	187.06	
Step 1: <i>Ds</i>	320.61(2)***	.85	13.40(1)***	.21	93.24	92.11	92.67	161.00	
Modelo MMPI-2/MMPI-2-RF									
Step 1: 2	351.65(7)***	.92			96.00	96.00	96.00	576.00	
Step 2: 2-RF	355.86(10)***	.93	4.21(3)	0.12	96.67	96.67	96.67	841.00	
Modelo MMPI-2-RF/MMPI-2									
Step 1: 2-RF	342.60(5)***	.91			95.97	95.36	95.67	490.28	
Step 2: 2	355.86(10)***	.93	13.27(5)*	0.21	96.67	96.67	96.67	841.00	

Nota. ****p* < .001; ***p* < .01; * *p* < .05; *w* = coeficiente de correlación de Matheus/phi. Se= sensibilidad; Es= especificidad; CCG= clasificación correcta global, capacidad diagnóstica; DOR= odds ratio diagnóstica; AUC= área bajo la curva.

Así, la probabilidad de que los sujetos en condiciones de simulación obtengan una puntuación más elevada en F y $F-r$ que en condiciones de respuesta honesta es del 100; es decir, las distribuciones son totalmente independientes.

La exactitud global de la detección de simuladores al utilizar ambas escalas conjuntamente es del 94.67%, con una sensibilidad de 95.89% y una especificidad de 93.51%. Al analizar la validez incrementada de la escala F sobre la $F-r$ encontramos que ésta no resulta significativa.

En la comparación de las escalas Fp y $Fp-r$, los resultados señalan que la escala $Fp-r$ posee la capacidad de incrementar la validez predictiva de la simulación en un 39% sobre la tasa de clasificación que obtiene la escala Fp . En este sentido, la exactitud global de clasificación de la escala Fp es de un 81.67%, con una sensibilidad de 82.76% y una especificidad de 80.65%; mientras que la exactitud de clasificación global de la escala $Fp-r$ asciende a un 85.67%, con una sensibilidad de 92.13% y una especificidad de 80.92%. La capacidad diagnóstica que presenta la escala $Fp-r$ indica que es 49.64 veces más probable detectar a los simuladores como tales que no hacerlo ($d = 4.69$; $r = .92$), en tanto que para la escala Fp es 20 veces más probable diagnosticarlos como simuladores que no detectarlos ($d = 3.10$; $r = .84$). El incremento en la capacidad predictiva que añade la escala Fp sobre la $Fp-r$ no se muestra significativa.

En cuanto a la comparación de la escala FBS y $FBS-r$ los datos muestran que $FBS-r$ representa un incremento del 19% en la capacidad predictiva de la detección de los simuladores respecto a la tasa que exhibe la escala FBS ; con una exactitud global del 93%, una sensibilidad del 94.48% y una especificidad del 91.61%. Asimismo, la capacidad diagnóstica indica que existen 187.06 más probabilidades de señalar a los sujetos como simuladores frente a no detectarlos ($d = 9.85$; $r = .98$); en tanto que para la escalas FBS esta probabilidad desciende a 111.71 ($d = 6.86$; $r = .96$). Tras analizar si la escala FBS incrementa significativamente la clasificación de la simulación sobre la tasa de detección de la $FBS-r$, se comprueba que éste no se muestra significativo.

Los valores obtenidos al comparar las escalas Fp y $Fptsd$ revelan que la escala $Fptsd$ no supone un incremento significativo sobre la tasa de detección de la simulación de ofrece la escala Fp . Es más, los datos indican que la exactitud global de la $Fptsd$ es de 77.33%, con una sensibilidad del 81.06%, una especificidad del 74.40% y una capacidad diagnóstica de 12.44 veces más probable que diagnosticar a los simuladores como tal que de no hacerlo ($d = 2.41$; $r = .77$). No obstante, la escala Fp incrementa significativamente

la clasificación de la simulación en contraste con la escala *Fptsd*. Este aumento se cuantifica en un 31% sobre la tasa de clasificación de la escala *Fptsd*, presentando una sensibilidad del 82.76%, una especificidad del 80.65%, una exactitud global del 81.67%. Al mismo tiempo, la capacidad diagnóstica de esta escala nos indica que es 20 veces más probable que clasifiquemos a los simuladores como tal que de equivocarnos ($d = 3.10$; $r = .84$). Sin embargo, si utilizamos ambas escalas conjuntamente obtenemos una exactitud global de 80%, una sensibilidad de 84.09 y una especificidad de 76.79%, alcanzando una capacidad diagnóstica que ofrece 17.48 más probabilidades de diagnosticar a los simuladores frente a no detectarlos ($d = 2.87$; $r = .82$). No obstante debemos tener en cuenta que *Fp* es una escala general de detección de psicopatología infrecuente, mientras que la *Fptsd* está compuesta por síntomas característicos únicamente del TEP, por lo que se encuentra dentro de la normalidad que presente menores resultados en una comparación de detección de simulación general.

Al llevar a cabo el análisis de las escalas *Ds* y *DS-r*, los datos advierten que la *Ds* presenta una mayor capacidad de incremento en cuanto a la validez predictiva sobre *DS-r*. Éste se concreta en un 21%, en tanto que el incremento de la escala *DS-r* no se muestra significativo. Sin embargo, ambas escalas presentan propiedades psicométricas excelentes. Así, la sensibilidad y especificidad de la escala *Ds* se cuantifica en 93.24% y 92.11% respectivamente, siendo su exactitud global de un 92.67%. En lo que atañe a la escala *DS-r*, la sensibilidad aumenta a un 94.48%, pero la especificidad disminuye a un 91.61%, resultando una exactitud global de 93%. Con todo, la capacidad diagnóstica de la escala *Ds* indica que es 161 veces más probable clasificar a un simulador como tal que no hacerlo; mientras que en la escala *DS-r*, esta capacidad aumenta a que es 187 veces más probable detectar a un simulador que no hacerlo.

En la comparación global de un modelo frente al otro, ambos se muestran significativos y potentes en la tarea de detección de la simulación. No obstante el MMPI-2 en conjunto incrementa la validez predictiva sobre el MMPI-2-RF en un 21%, mientras que el incremento que aporta el MMPI-2-RF no se muestra significativo. Respecto a las características de cada modelo por separado, los datos revelan que el MMPI-2 alcanza una exactitud global de clasificación de simuladores del 96%, en tanto que el MMPI-2-RF clasifica correctamente un 95.67% de simuladores. En cuanto a la especificidad y sensibilidad del MMPI-2 los resultados la sitúan en un 96%. Por su parte, los datos relativos al MMPI-2-RF descienden ligeramente hasta un 95.97% y 95.36%

respectivamente. En lo que concierne a la capacidad diagnóstica del MMPI-2 los resultados establecen que estamos ante una posibilidad 576 veces superior de clasificar a los sujetos como simuladores que de no hacerlo ($d = 15.72$; $r = .992$), en tanto que la capacidad diagnóstica del MMPI-2-RF se muestra, aunque potente (Ben-Porath, 2012), levemente inferior, siendo 490.28 veces más probable detectar al simulador frente a no hacerlo ($d = 14.09$; $r = .990$).

Para finalizar, también hemos estudiado la precisión diagnóstica de las diversas escalas de detección de la simulación mediante el análisis la curva ROC. Los resultados son concordantes con lo expuesto hasta ahora, evidenciando un elevado índice de precisión diagnóstica aportado por el AUC (área bajo la curva) para todas las escalas, destacando por su mayor bondad la *F-r* (AUC = .986) y *Fptsd* (AUC = .854) como la que obtiene un menor potencial. De este modo, la escala *F-r* (AUC = .986) indica la probabilidad (98.6%) de que un sujeto perteneciente al grupo de simuladores, seleccionado aleatoriamente, pueda obtener una puntuación más elevada en dicha escala que cualquier otro sujeto, también seleccionado de modo aleatorio, que no pertenezca al mismo grupo. En tanto que la escala *Fptsd* (AUC = .854) señala que utilizando dicha escala, estamos ante una probabilidad de 85.4% que un simulador aleatorio alcance una puntuación mayor que un no simulador. Con puntuaciones intermedias nos encontramos a las escala *Fp* (AUC = .889), la escala *Fp-r* (AUC = .928), la escala *FBS* (AUC = .976), la escala *FBS-r* (AUC = .981), la escala *Ds* (AUC = .984), y la escala *DS-r* (AUC = .980).

En conclusión, tanto el MMPI-2 como el MMPI-2-RF se revelan como instrumentos potentes y robustos en la tarea de clasificar como simuladores a las personas que intentan fingir un trastorno mental que les incapacite temporalmente para su desempeño laboral, con el objetivo de obtener una prestación por IT de modo fraudulento. Sin embargo, al disponer de la capacidad diagnóstica de las escalas de modo independiente, y en aras de alcanzar la economía temporal a la hora de realizar la evaluación, podemos elegir determinadas escalas en función del contexto en que nos encontremos. Es decir, entre la escala *Fp* y *Fp-r* o la escala *F* y *F-r*, podemos decantarnos por las revisadas, ya que con un menor número de ítems garantizan una exactitud global muy elevada sin pérdida de eficacia.



IV. CONCLUSIONES

Previamente al establecimiento de unas conclusiones e inferencias de los resultados aquí mostrados, es preciso llevar a cabo una reflexión sobre el alcance y limitaciones de los mismos. Las precisiones que merece el presente estudio se circunscriben a que la tarea que desempeñan los sujetos no es real, esto es, no sufren las consecuencias de una enfermedad mental incapacitante para el trabajo (no presentan patología) ni van a recibir la subsecuente baja laboral por IT (no simulan en contexto real). No obstante hemos tomado todas las cautelas sugeridas por Rogers (2008) para reducir las posibles interferencias de variables no controladas en los diseños de simulación (estudio de análogos). Con todo, si bien hemos constatado que los participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente y se habían implicado en la misma, la generalización a contextos reales (validez ecológica) ha de realizarse con cautela (Konecni y Ebbesen, 1979), ya que los sujetos no fueron sometidos a todo el proceso de valoración que conllevaría realmente una IT, con las implicaciones que éste pudiera acarrear sobre el sujeto. Incluso, los resultados pudieran ser significativamente diferentes a los obtenidos en un experimento o estudio de campo, ejecutando los sujetos tareas diferentes en contextos reales y de simulación (Fariña, Arce, y Real, 1994).

Asimismo, los resultados de este estudio, al no contar con una muestra clínica de contraste (verdaderos enfermos con IT derivada de trastorno mental), sólo son generalizables a sujetos con un estado pre-mórbido de normalidad. En todo caso, se ha de tener presente que éste es el contexto habitual de evaluación forense y que los antecedentes clínicos no son prueba forense ya que en la evaluación clínica no se sospecha simulación ni se lleva a cabo diagnóstico diferencial alguno, de obligado cumplimiento en las valoraciones forenses (APA, 2014). Además, dado que cada proceso de victimización puede provocar secuelas clínicas diferentes y que los sujetos utilizan estrategias diversas de simulación según sea el caso, los resultados no pueden generalizarse a otros contextos forenses que no sean los relacionados con la incapacidad laboral temporal causada por un trastorno mental (Koch, Douglas, Nicholls y O'Neill, 2006; O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder, y Shalev, 2006).

Atendiendo a estas reservas, podemos formular las siguientes conclusiones para la práctica de la detección de la simulación en IT por causas psicológicas:

- a) La falta de concienciación de la sociedad en general sobre el gasto irracional que suponen las IITT infundadas es uno de los mayores problemas a los que nos enfrentamos en materia de bajas laborales (Díaz, 2014). De hecho, el proceso de la valoración de las IITT no se realiza barajando la simulación como hipótesis alternativa a los datos clínicos encontrados (Blanco et al. 2010). Por ello, un porcentaje nada despreciable de las mismas (entre un 14% y un 44%) están sujetas a fraude (Domínguez et al., 2013; Salazar et al., 2014; Tribunal de Cuentas, 2014; Trueblood y Schmidt, 1993); trascendiendo a los medios de comunicación como tema social de preocupación. Así se hacen eco de múltiples casos en los que se sospecha que esta prestación es adquirida o prolongada de modo fraudulento. Algunos ejemplos pueden observarse en titulares como “El 13% de los gallegos con baja laboral piden el alta cuando son citados por el Sergas” (La Voz de Galicia, 2000), “El gasto en incapacidad temporal ha crecido más del 13% los dos últimos años y el fraude se acerca al 25%” (El País, 2004), “Más de 4500 bajas laborales fraudulentas fueron detectadas en Granada (Ideal Digital, 2006)”, “En Galicia, 1 de cada 3 bajas laborales que se concede es un fraude” (20 minutos, 2007), “La operación contra el fraude a la Seguridad Social se salda con 34 detenidos y más de un millón de euros defraudados” (La Vanguardia, 2013), “Vuelven a repuntar los casos de fraude en las bajas a la Seguridad Social” (Antena3 noticias, 2015), “La Seguridad Social anula cuatro de cada diez bajas que revisa” (La Voz de Galicia, 2016).
- b) El ánimo de simular no es la única causa en la que descansa el desfase entre las IITT presumiblemente reales y las informadas por los servicios sanitarios. Así, la medicina defensiva, la masificación en las consultas, las demoras en atención especializada o la falta de tiempo de que disponen los profesionales, también adquiere un peso importante en este fenómeno. Sin embargo, es la falta de técnicas estandarizadas que incluyan un diagnóstico diferencial de simulación, así como el encargo de esta tarea a personal sin formación específica sobre esta temática, la causa central de que se sospeche que un número importante de diagnósticos de IT estén falseados. Adicionalmente, en ocasiones, tampoco se establece acertadamente la necesaria relación causa efecto entre la patología y los déficits que ésta causa, ya que, a menudo, ni siquiera se indaga en las tareas y el tipo de funciones desempeñadas por el sujeto. Para esta ardua labor, la literatura

establece que los estudios de las demandas de incapacidad han de realizarse mediante una metodología multimétodo, a saber, entrevista clínica, especialmente la entrevista clínico-forense (necesaria para el establecimiento de la relación causa-efecto) y la evaluación psicométrica (Graham, 2011; Greene, 2011; McDermott, 2012; Rogers et al. 2003; Vilariño et al., 2013), dada la imposibilidad de detectar el fraude de modo unidimensional. Por otra parte, los facultativos encargados del estudio de las IITT adolecen de conocimientos concretos que les ayuden a discernir entre ITCC y profesionales, al tiempo que se observa una gran cantidad de procesos causados por trastornos mentales que no son detectados (18% de casos frente a un 36-47% de patología estimada) (Caballero et al., 2014; González, Capilla y Casado, 2012; Guillén, 2014; Martín et al., 2003; Mercader, 2009). Asimismo, en ocasiones se realizan diagnósticos de modo precipitado bajo una denominación laxa antes de sopesar y analizar los síntomas para poder llegar a un diagnóstico más preciso. Y eventualmente, esto produce que la presencia de síntomas aislados, que no conllevan un nivel de malestar clínicamente significativo, den lugar a la concesión de bajas laborales, vulnerando así la primacía del principio de justicia sobre el de beneficencia (Caballero et al., 2014; Gastó, 2008; Lozano et al., 2014; Ortiz, 2004).

- c) En la concesión tanto de las bajas como de las altas, sería recomendable una orientación individualizada para el paciente, ofreciendo unas sugerencias básicas para adaptarse a los cambios que estos nuevos estados originan. Es decir, en ocasiones el modelo puramente médico no resulta eficaz ante las bajas laborales derivadas de enfermedades mentales, ya que en general, refuerza las conductas de evitación, prescribiendo reposo ante estados de ansiedad y depresión, sin ofrecer alternativas ni herramientas que ayuden a los trabajadores a afrontar de modo activo la situación (Araña-Suárez y Scott, 2011; Martínez, Perelló, y Hernández, 2011). Además, los efectos perniciosos de la inactividad en la salud suponen un deterioro tanto de la salud física y mental como del bienestar general. Perder el contacto con el mercado laboral va en detrimento de las habilidades comerciales y de la confianza en la búsqueda y obtención de trabajo, disminuyendo las posibilidades de éxito para la reincorporación laboral (Vaquero, n.d.). En este sentido, una derivación adecuada y temprana a salud mental donde se ofrezcan indicaciones sobre los tratamientos a seguir y se brinden pautas de cara a la

adquisición de estrategias de resolución de problemas, evitaría cronificaciones, facilitaría la reincorporación laboral y ayudaría a prevenir IITT futuras, ya que los trabajadores se mostrarían más resilientes ante las nuevas situaciones (Araña-Suárez, 2008).

- d) Muchas de las IITT derivadas de patología psicológica están relacionadas con la mala gestión de factores sociolaborales (v. gr. transmisión de tareas y órdenes de manera defectuosa, sobrecarga de trabajo o distribución deficiente, demandas laborales excesivas, *burnout*, poca capacidad para la toma de decisiones, escasa participación, conflicto). En consecuencia, un entorno laboral insano aumenta la probabilidad de accidentes, de enfermar y de que las IITT que se produzcan sean de mayor duración. Por todo ello, la inversión en prevención sería un buen modo de actuar con el propósito de disminuir la probabilidad del surgimiento de procesos de bajas laborales (Catalina et al., 2011; Head et al., 2006; Hurtado de Mendoza, 2013; López y Osca, 2010; OMS, 2010; Rubio et al., 2010; Sánchez et al., 2012; Stansfeld et al, 1995; Vaquero, n.d.).
- e) La psicología dispone de procedimientos apropiados y de gran valía ante los retos que entraña una evaluación de las características de las que conllevan los procesos de IT. De hecho, una de las pruebas psicométricas más robustas en el ámbito forense, el MMPI (Arce y Fariña, 2015; Banco et al., 2010; Graham, 2011; Greene, 2011; McDermott, 2012; Rogers et al., 2003), tanto el MMPI-2 como el MMPI-2-RF, según nuestros resultados, también se muestra válida y fiable en la detección del engaño en el contexto de las IITT por causas psicológicas, gozando las escalas e índices de validez de eficacia para la sospecha y diagnóstico diferencial de simulación. Es más, las escalas son específicas de diversas casuísticas, por lo que podemos valorar minuciosamente cada alternativa en función del contexto en que nos encontremos (v. gr. la escala *Fp* para la psicopatología infrecuente incluso en casos psiquiátricos, la escala *Fs* específica de quejas somáticas infrecuentes, la *RBS* para la valoración de disfunciones cognitivas simuladas). Por ello, la inclusión del MMPI como medida para la exploración clínica reportaría pingües beneficios, ya que, a pesar de ser una tarea que requiere un esfuerzo moderado para la correcta aplicación, la inversión en tiempo redunda en la obtención de diagnósticos con una alta sensibilidad y especificidad y, por extensión, a una mayor clasificación correcta global.

- f) Tanto hombres como mujeres, legos en psicopatología, disponen de capacidad suficiente para simular una IT por causas psicológicas en una prueba de reconocimiento como el MMPI. Es decir, son capaces de alcanzar puntuaciones altas (que sobrepasan de modo notable la línea base para la interpretación diagnóstica) en las escalas clínicas bajo el efecto instrucciones. En consecuencia, la presencia de daño en una tarea de reconocimiento no es prueba válida ni suficiente *per se* para el establecimiento de un diagnóstico de incapacidad. Ahora bien, los perfiles informados, en general, destacan por las puntuaciones muy elevadas o extremas (característica propia de las personas que están simulando) (Rogers y Mitchel, 1991; Santamaría et al. 2013). No obstante, aunque la presencia de puntuaciones extremas advierte de una posible manipulación de las respuestas en dirección hacia la amplificación de la sintomatología, también puede ser indicativa de un daño grave (Graham, 2011; Greene, 2011).
- g) A pesar de la pericia que presentan los simuladores para fingir, no poseen la habilidad de discriminación necesaria para puntuar únicamente en aquellas escalas causantes de IT, dado lo que los resultados muestran un perfil propio de agrupación indiscriminada de síntomas (típico de la simulación) (Rogers, 1998; Vilariño et al., 2013), esto es, puntuaciones elevadas en todas las escalas clínicas básicas del MMPI-2, independientemente de que éstas sean constitutivas de IT o no. Centrándonos en las patologías informadas como trastorno primario, las escalas clínicas con mayor tamaño del efecto (Depresión, Psicastenia y Esquizofrenia), evidencian que se orientan a simular tanto patología relacionada con la IT (i. e., depresión y ansiedad) como no relacionados (trastornos psicóticos). Para diferenciar entre casos con un trastorno psicótico (sin relación con la IT) y uno no psicótico relacionado con psicopatología ansioso-depresiva, las subescalas de Harris-Lingoes son una buena herramienta y una fuente importante de información de cara al estudio de la validez discriminante. Así, puntuaciones elevadas en las subescalas *Sc1* y *Sc2*, señalarían hacia un diagnóstico ansioso-depresivo, que debería ser convergente con las puntuaciones en las escalas de medida de estos trastornos; en tanto que la subescala *Sc6*, informaría sobre una patología propia de un trastorno de orden psicótico, no vinculado a una IT.

- h) Las puntuaciones obtenidas en las escalas *RC* guardan una fuerte relación con lo hallado en las escalas clínicas básicas, revelándose los mayores tamaños del efecto en las escalas *RCd* (Desmoralización), *RC1* (Quejas somáticas), *RC7* (Emociones negativas disfuncionales), y en menor medida en *RC6* (ideas persecutorias). Nuevamente, los simuladores son capaces de obtener puntuaciones compatibles con un daño psicológico causante de baja laboral, aunque sin presentar capacidad discriminativa, al responder también a ítems constitutivos de incapacidades no temporales (v. gr. *RC4*).
- i) El estudio de la influencia de la variable género en las escalas clínicas (tanto básicas como *RC*) constata que las mujeres puntúan de modo significativamente mayor en las escalas que guardan relación con trastornos internalizantes (v. gr. Depresión, Psicastenia, *RCd*, *RC1*), en tanto que los hombres destacan en las patologías de corte externalizante como Hipomanía, *RC3* (Desconfianza) y *RC4* (Conducta antisocial). En las escalas de problemas específicos del MMPI-2-RF, los datos muestran resultados análogos a los encontrados anteriormente, ya que las mujeres puntúan en Miedos específicos, Miedos incapacitantes y Ansiedad (todas las escalas internalizantes); en tanto que los hombres puntúan de modo más pronunciado en las escalas externalizantes, a saber, Abuso de sustancias y Agresión. Nuevamente, las escalas de Quejas somáticas y cognitivas arrojan resultados coincidentes, alcanzando las mujeres puntuaciones superiores en Malestar general, Quejas gastrointestinales y Dolor de cabeza; en tanto que no se aprecian diferencias de género en Quejas neurológicas ni cognitivas, es decir, hombres y mujeres simulan de igual modo ante estas variables. A nivel explicativo, pudiera ser que como esta sintomatología no es tan prevalente en la población general como la ansiedad o la depresión, ni hombres ni mujeres disponen de referentes ni conocimiento específico sobre ella.
- j) Las diferencias de género que constatamos en cuanto a la simulación de patología evidencian que los hombres tienden tanto a padecer como a simular trastornos externalizantes, en tanto que las mujeres son más propensas a sufrir y fingir trastornos internalizantes. Una posible lectura de estos resultados podría tener su origen en la socialización diferencial y las discriminaciones de género, tanto laborales como sociales, reflejo de la actualidad en la que vivimos. Así, a pesar de la promulgación de leyes como la LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad

efectiva entre mujeres y hombres, siguen existiendo discriminaciones laborales como la brecha salarial, el techo de cristal, ciertas políticas de conciliación, la perpetuación de determinados roles o la dificultad de acceso a trabajos de calidad, etc. (Dema et al. 2015; Laborda, 2013; Torns y Recio, 2013). Esto provoca que los factores de riesgo sociolaborales presenten también efectos diferenciales en mujeres y hombres (i. e. mayor tasa de IT por trastornos mentales en el género femenino); en ocasiones derivadas de la distribución desigual del trabajo en los diversos ámbitos, la doble jornada, etc. Sin embargo, también encontramos sesgos diagnósticos que, eventualmente, podrían estar mediando las diferencias encontradas en la prevalencia de la patología. De este modo, mientras las mujeres buscan ayuda en mayor medida que los hombres; éstos sólo acuden cuando las manifestaciones son ya graves, lo que implica un infradiagnóstico de los trastornos entre los hombres. Al mismo tiempo, existen sesgos de los evaluadores, ya que ante una misma queja (v. gr. fatiga) el diagnóstico se estima diferente según sea presentado por un hombre (fatiga como síntoma) o por una mujer (entendido como parte de una depresión), redundando en la prevalencia diferencial de ciertas patologías en función del género (Pla, Adam, y Bernabeu, 2013).

- k) Las escalas de validez del MMPI-2 y MMPI-2-RF son sensibles al factor instrucciones, esto es, bajo la condición de simulación, todas las escalas sufrieron cambios significativos. Las puntuaciones en la escala *K* descendieron, mientras que el resto sufrieron un incremento significativo. Además, a excepción de la escala *Fs* en la que se registró un tamaño del efecto pequeño, en las restantes escalas e índices, el tamaño del efecto fue grande, por lo que ante una elevación indiscriminada en un perfil, la hipótesis de simulación cobra mayor peso. A este respecto, escalas como la *Fp*, poco influenciada por psicopatología severa, se muestra muy útil para discernir entre un daño grave o una posible simulación o exageración de sintomatología de índole emocional (Butcher, 2006).
- l) En relación a la validez incrementada los dos modelos evaluados en su conjunto, el MMPI-2 y el MMPI-2-RF, son eficientes en la tarea de detección de la simulación. No obstante, el MMPI-2 de modo global, es estadísticamente superior al MMPI-2-RF en la clasificación y discriminación de la simulación, cuantificándose la superioridad en un 21% (Δw); llegando a alcanzar una

exactitud global del 96%. En suma, el MMPI, y más específicamente el MMPI-2, se presenta como un instrumento robusto para el diagnóstico diferencial de simulación de los trastornos mentales constitutivos de IT, al tiempo que es un buen complemento dentro de la evaluación multimétodo para el estudio efectivo de la sintomatología clínica ante la concesión de bajas temporales.

Como colofón, podemos concluir que dos son los modos fundamentales de intervención ante las bajas laborales. Por un lado, la prevención, a través de un adecuado diseño de los puestos de trabajo, teniendo en cuenta las características tanto físicas como psíquicas de los trabajadores, y las cualidades del entorno laboral y de la organización; y por otro, con una adecuada valoración de las incapacidades mediante equipos multidisciplinares compuestos por profesionales formados en la materia, siguiendo protocolos basados en la evidencia que aproximen criterios y guíen la toma de decisiones, sirviéndose de herramientas adecuadas para establecer un juicio clínico preciso sobre la IT y, que al mismo tiempo, permitan llevar a cabo el diagnóstico diferencial de simulación.

Las líneas de investigación futuras deberían dirigirse a diseñar programas de prevención a nivel laboral para favorecer el crecimiento personal y el bienestar, lo que a su vez redundará en una mejor producción y menor número de bajas laborales. La mejora de las metodologías existentes en el campo de la detección de la simulación en IITT, profundizando en las características propias de cada patología; comparando las estrategias de simulación utilizadas por simuladores legos frente a las que esgrimirían expertos en la materia; para comprobar si existen diferencias en cuanto a la manipulación de las respuestas mediadas por el conocimiento en psicopatología. Por otra parte, sería importante estudiar las necesidades formativas de los profesionales encargados de valorar las IITT, para así poder ofrecer actividades didácticas de carácter práctico destinadas a cubrir las carencias en la evaluación de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, M. J., y Ackerman, M. C. (1997). Custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 137-145.
- Adecco (2015). *IV Informe Adecco sobre Absentismo*. Recuperado de http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/675.pdf
- Agencia de Evaluación y Calidad de los Servicios (2009). *Evaluación de las Medidas de Racionalización y Mejora de la Gestión de la Incapacidad Temporal*. Ministerio de la Presidencia. Recuperado de <http://www.aeval.es/comun/evaluacio/E22-2009.pdf>
- Alba, A. (2009). *La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Álvarez-Barón, N., Basurte, P., Jiménez, S., y Zamora, M. (2010). *Factores de corrección de tiempos estándar en Incapacidad Temporal*. Recuperado de <http://www.revista.ibermutuamur.es/articulos/factores-de-correccion-de-tiempos-estandar-en-incapacidad-temporal/all/1/>
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children. (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª. ed. Rev.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2007). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4 ed., text revision). Arlington, VA: APA.
- American Psychiatric Association (2011, Agosto 19). Sex differences in mental illness: Men more likely to develop substance abuse, antisocial problems; women more likely to develop anxiety, depression. *Science Daily*. Recuperado de www.sciencedaily.com/releases/2011/08/110818101733.htm
- American Psychiatric Association (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *The American Psychologist*, 68, 7.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ª. Ed.). Madrid: Panamericana.

- Anguera, M. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M. T. Anguera, y J. Gómez. (Eds.), *Metodología de la investigación en las ciencias del comportamiento* (pp. 125-236). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Araña-Suárez, M., y Scott, P. (2011). *Trastornos musculoesqueléticos, psicopatología y dolor*. Recuperado de http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4419985/Ara%C3%B1aTrastornos_muscoloesqueleticos_psicopatologia_dolor.pdf#page=7
- Araña-Suárez, S. M. (2008). *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>
- Arbisi, P. A., y Ben-Porath, Y. S. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequency-Psychopathology scale, F(p). *Psychological Assessment*, 7, 424-431.
- Arbisi, P. A., y Seime, R. J. (2006). Use of the MMPI-2 in Medical Settings. En J.N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 273-299). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arce, R., Fariña, F., Seijo, D., y Novo, M. (2014). Assessing Impression management with the MMPI-2 in child custody litigation. *Assessment*, 22, 769-777.
- Arce, R., Fariña, F., y Quinteiro, I. (2013). Evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar. *Aula Abierta*, 41 (2), 67-74.
- Arce, R., y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito inédito. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77.
- Arce, R., y Fariña, F. (2007). La posible simulación de la víctima. Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el sistema de evaluación global. En P. Rivas y G. L. Barrios. (Dir.), *Violencia de género: Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (pp. 357-367). Navarra: Thomson Aranzadi.
- Arce, R., y Fariña, F. (2015). Evaluación psicológico-forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el Sistema de Evaluación Global. En P. Rivas y G.L.

- Barrios (Dir.), *Violencia de género: Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (pp. 411-441). Navarra: Thomson Aranzadi.
- Archer, E. M., Hagan, L. D., Mason, J., Handel, R., y Archer, R. P. (2012). MMPI-2-RF characteristics of custody evaluation litigants. *Assessment, 19*, 14-20.
- 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.
- Arenas, M. C., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología, 3*, 20-29. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989380920303yln=es
- Arnáiz, M. D., García-Espinosa, C., y Bares, V. (2015). Sistema olfatorio y nariz en el nuevo baremo médico. *Revista Española de Medicina Legal, 41*(4), 156-159.
- Asami, T., Yamasue, H., Hayano, F., Nakamura, M., Uehara, K., Otsuka, T., Roppongi, T., Nihashi, N., Inoue, T., y Hirayasu, Y. (2009). Sexually dimorphic gray matter volumen reduction in patients with panic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 173*, 128-134.
- Asensi, L. F. (2007). La prueba Psicológica en asuntos de incapacidad. *Revista electrónica de Psicología Científica*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-305-1-la-prueba-psicologica-en-asuntos-de-incapacidad.html>
- Asociación de Micro Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña (2011). *Absentismo laboral en tiempos de crisis*. Recuperado de <http://web.pimec.org/repositori/documents/actualitat/es/ABSENTISMO2011.pdf>
- Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (2009). Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes. Recuperado de http://www.amt.es/cd_enfermedad_comun.php
- 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.
- Ávila, A., y Jiménez, F. (1996). The Castilian version of the MMPI-2 in Spain: Development, adaptation and psychometric properties. En J. N. Butcher. (Ed.)

- International Adaptations on the MMPI-2* (pp.305-329). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Bagby, R. M., Nicholson, R. A., Buis, T., Radovanic, H., y Fidler, B. J. (1999). Defensive responding on the MMPI-2 in family custody and access evaluations. *Psychological Assessment*, 11, 24-28.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., y Kalembe, V. (1994). Malingered and defensive responses styles on the MMPI-2: An examination of validity scales. *Assessment*, 1, 31-38.
- Benavides, F. G., Castejón, J., Gimeno, D., Porta, M., Mestres, J., y Simonet, P. (2005). Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *American Journal of Industrial Medicine*, 47, 176-180.
- Benedet, M. J., y Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: test de aprendizaje verbal España-Complutense: manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Bengtsson, C., Theorell, T., Klareskog, L., y Alfredsson, L. (2009). Psychosocial Stress at Work and Risk of Developing Rheumatoid Arthritis: Results from the Swedish EIRA Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 193-194.
- Ben-Porath, Y. S. (2012). Addressing challenges to MMPI-2-RF-based testimony: Questions and answers. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27, 691-705.
- Ben-Porath, Y. S., y Sherwood, N. E. (1993). *The MMPI-2 content and component scales*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2009). *MMPI-2-RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. Madrid: TEA.
- Ben-Porath, Y., y Butcher, J. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*, 4, 345-347.
- Berry, D. T. R., Adams, J. J., Clark, C. D., Thacker, S. R., Burger, T. L., Wetter, M., W., Baer, R. A., y Borden, J. W. (1996) . Detection of a cry for help on the MMPI-2: An analog investigation. *Journal of Personality Assessment*, 67, 26-36.
- Berry, D. T. R., Baer, R. A., y Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11, 585-598.
- Bianchini, K. J., Greve, K. W., y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.

- Bilsker, D. (2006). Mental health care and the workplace. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 61-62.
- Binder, L. M. (1992). Forced-choice testing provides evidence of malingering. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 377-380.
- Binder, L. M. (1993). Assessment of malingering after mild head trauma with the Portland Digit Recognition Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 170-182.
- Binder, L. M. (1993). *Portland digit recognition test manual*. Beaverton, OR: Laurence Binder.
- Blanco, S., Arce, R., y Seijo. D. (2016). Validez discriminante en las subescalas Sc del MPPI-2: Un criterio para el diagnóstico diferencial en la incapacidad temporal. En A. Pueyo, F. Fariña, M. Novo, y D. Seijo (Eds.), *Avances en Psicología Jurídica y Forense. Colección Psicología y Ley*, 13, (pp. 73-79). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Blanco, S., Arce, R. y Vázquez, M. J. (2010). ¿Se puede simular en una tarea psicométrica una enfermedad temporal incapacitante? En R. González-Cabanach, A. Valle, R. Arce, y F. Fariña, F. (Eds.) (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud (p.379)*. A Coruña: Psicoeduca.
- Blasco, J. L., y Pallardó, L. (2012). Trastornos Adaptativos. En H. González, P. Santamaría y P. Capilla. (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual multidisciplinar (pp.677-702)*. Madrid: TEA.
- Blasco, J. L., y Pallardó, L. (2013). Detección de exageración de síntomas mediante el SIM y el MMPI-2-RF en pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en contexto médico-legal: un estudio preliminar. *Clinica y Salud*, 24, 177-183.
- Boccaccini, M. T., y Brodsky, S. L. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 253-259.
- Boone, K. B., Lu, P., Back, C., King, C., Lee, A., Philpott, L., Shamieh, E., y Warner-Chacon, K. (2002). Sensitivity and specificity of the Rey Dot Counting Test in patients with suspect effort and various clinical samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 625-642.

- Boone, K., Lu, P., y Herzberg, D. (2002). *The dot counting test*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Borrell, C., García-Calvente, M., y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2-6.
- Borum, R., y Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 465-473.
- Brickenkamp, R. (2002). *D2. Test de Atención* (adaptado por Seisdedos). Madrid: TEA
- Brown, L., Sherbenou, R. J., y Johnsen, S. K. (1995). *TONI-2 Test de Inteligencia No Verbal*. Madrid: TEA.
- Bruno, A., y Cabello, J. (2002). Simulación en Psiquiatría Forense. *Cuadernos de Medicina Forense*, 1, 81-93.
- Butcher J. N., y Miller, K. B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A. K. Hess y I. B. Weiner. (Eds.), *The handbook of forensic psychology*. (2ª ed., pp. 104-126). Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemer, B. (1989). *Manual for the administration and scoring restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (2011). *A beginner's guide to the MMPI-2*. (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Arbisi, P. A., Atlis, M. M., y McNulty, J. L. (2003). The construct validity of the Lees-Haley FBS: Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 473-485.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., y Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 manual for administration, scoring and interpretation*. (Ed. rev.). Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Butcher, J. N., y Han, K. (1995). Development of a MMPI-2 scale to assess the presentation of self in a superlative manner: The S scale. En J. N. Butcher y C. D. Spielberger. (Eds.), *Advances in personality assessment*. Vol. 10 (pp. 25-50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Butcher, J. N., y Williams, C. L. (2012). Problems with using the MMPI-2-RF in forensic evaluations: A clarification to Ellis. *Journal of Child Custody*, 9, 217-222.

- Butcher, J.N. (2006). *MMPI-2: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Caballero, F., León, F., Payá, A., y Díaz, A. (2014). Uso de recursos sanitarios y pérdida de productividad en pacientes con trastornos depresivos atendidos en atención primaria: estudio InterDep. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 6, 281-191.
- Caldas, R., Violán, C., García, J., Domínguez, F., Ruíz, A., Quijano, F., y Borrel, F. (2000). Incapacidad Temporal: Mejoras en la gestión. *Atención Primaria*, 25, 116-125.
- Callado, J. R. (2012). Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal. *Presupuesto y Gasto Público*, 68, 177-192.
- Capilla, P., y González, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: Estudio de casos. *Trauma, Fundación Mapfre*, 20, 255-263.
- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Catalina, C., Cabrera, M., Sainz, J. C., Barrenechea, J. L., Madrid, A., y Calvo, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26, 39-46.
- Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the Social Security Disability Consultative Exam: Predictors and Base Rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 529-546.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: LEA.
- Coll, M^a. J. (1998). Incapacidades laborales por causa de trastornos mentales. En Albarrán, J. (ed.), *Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales* (pp. 297-308). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial (2001). *Certificación médica, sobre la Autocertificación, y sobre la Ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión*. Recuperado de <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/11/declaraciones-de-la-comision-central-de-deontologia-2000-2015.pdf>

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). *Código Deontológico*. Madrid. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Constantinou, M., Bauer, L., Ashendorf, L., Fisher, J. M., y McCaffrey, R. J. (2005). Is poor performance on recognition memory effort measures indicative of generalized poor performance on neuropsychological tests? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(2), 191-198.
- Convenio colectivo de Rehabilitación, Obras y Contratas, S.A. de 31 de octubre de 2014 (2014). *Boletín Oficial del Estado*, 264, 89082-89100. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2014/10/31/pdfs/BOE-S-2014-264.pdf>
- Convenio Colectivo del Sector de la Hostelería de 11 de febrero de 2009 (2009). *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 34, 1-34. Recuperado de <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.10037383db7342ebc4e191100000f7/?vgnnextoid=d79d161e010VgnCRD&fecha=Articulo.http.lang=es>
- Convenio colectivo para la actividad de fútbol profesional de 9 octubre de 2014 (2014). *Boletín Oficial del Estado*, 245, 82355-82391. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2014/10/09/pdfs/BOE-A-2014-10284.pdf>
- Convenio Colectivo para las empresas y trabajadores/as de transporte de enfermos/as y accidentados/as en ambulancia en la Comunidad Autónoma de Galicia de 3 de mayo de 2013 (2013). *Diario Oficial de Galicia*, 85, 13866-13921. Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/AnuncioCA05-150413-0004_es.pdf
- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work.
- Cruickshank, G., MacGillivray, S., Bruce, D., Mather, A., Matthews, K., y Williams, B. (2008). Cross-sectional survey of patients in receipt of long-term repeat prescriptions for antidepressant drugs in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 5, 105-109.
- Cruz, I., Serna, M^a. C., Torres, M.A., Gascó, E., Galván, L., y Martín, E. (2007). Influencia del sexo en la incapacidad laboral por depresión. *Psiquiatría Biológica*, 14, 167-170.

- Cunniën, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Dandachi-Fitz, Gerald, B., Ponds, R. W. H. M., y Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in Six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 771-783.
- Daniel, M. A. (2007). *La vigilancia de las contingencias comunes, de cómo lo vive el médico de empresa o el papel de los Médicos del Trabajo en los Servicios de Prevención Propios*. IX Jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo en Aragón y la Rioja. Recuperado de <http://smhstar.org/archivos/070219libroponenciasIXjor.pdf>
- De Francisco, M. L., y Serrano, P. (2009). La valoración médico-forense de los daños por accidente laboral: secuelas psíquicas I. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 65, 30-39.
- Dearth, C. S., Berry, D. T., Vickery, C. D., Vagnini, V. L., Baser, R. E., Orey, S. A., y Cragar, D. E. (2005). Detection of feigned head injury symptoms on the MMPI-2 in head injured patients and community controls. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 95-110.
- Delclós, J., García, S., López, J. C., Sempere, M., Serra, C., Plana, M., Vila, D., y Benavides, F. G. (2010). Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 13, 180-187.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (2000). *CVLT-II: California verbal learning test: adult version*. Psychological Corporation.
- Dema, S., Díaz, C., y Finkel, L. (2015). Desigualdades de género en la distribución de los recursos económicos en las parejas. *Papers*, 100, 53-73.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA.
- Díaz, C. E. (2014). La simulación y la disimulación en la medicina evaluadora. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, 379-391.
- Dirección General de Ordenación e Inspección y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). *Manual para la valoración de la incapacidad temporal en las*

- patologías más prevalentes*. Madrid: Dirección General de Ordenación e Inspección y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://saluda.madrid.org/C8/DG%20Ordenacione/Inspeccion/documetacion.aspx>
- Domínguez, A., López, R., Gordillo, F., Pérez-Nieto, M. A., Gómez, A., y de la Fuente, J. L. (2013). Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal: Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 29-45.
- Duckworth, J. C., y Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counsellors and clinicians*. Bristol: Accelerated Development.
- Duro, A. (2010). Work-related negative experience a unification model of poor employee well-being and work-related mental ill-health and substance consumption. *European Psychologist*, 15, 109-120.
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B.F., y Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 282-288.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 141-159.
- Edwards, P., y Greasley, K. (2010). *Absence from work*. European Observatory Working Life. Recuperado de http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative_informatio
- El 13% de los gallegos con baja laboral piden el alta cuando son citados por el Sergas (Julio, 2000). *La Voz de Galicia*. Recuperado de <http://www.lavozdegalicia.es/hemeroteca/2000/07/01/97682.shtml>.
- El Convenio Colectivo general de trabajo de la industria textil y de la confección de 24 de mayo de 2014 (2014). *Boletín Oficial del Estado*, 126, 39624-39709. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/05/24/pdfs/BOE-A-2014-5483.pdf>
- El gasto en incapacidad temporal ha crecido más del 13% los dos últimos años y el fraude se acerca al 25%. (Julio, 2004). *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2004/07/15/economia/1089842402_850215.html
- Elhai, J. D., Ruggiero, K. J., Frueh, B. C., Beckham, J. C., y Gold, P. B. (2002). The Infrequency-Posttraumatic Stress Disorder Scale. (Fptsd) for the MMPI-2:

- Development and initial validation with veterans presenting with combat-related PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 79, 531-549.
- En Galicia, 1 de cada 3 bajas laborales que se conceden es un fraude (Enero, 2007). 20 minutos. Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/187199/0/Galicia/bajas/laborales/>
- Esbec, E., y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Esteban, S., y Abellán, M. J. (2001). A propósito de la Incapacidad Temporal. *Medicina de Familia*, 1, 59-69.
- Eyré, M. P. (2010). *Acoso psicológico no traballo ou mobbing*. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral.
- Fariña, F., Arce, R., y Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad. *Psicothema*, 6, 395-402.
- Fariña, F., Arce, R., y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 65-79.
- Fariña, F., Seijo, D., Arce, R., y Novo, M. (2002). *Psicología Jurídica de la familia: Intervención de casos de separación y divorcio*. Barcelona: Cedecs.
- Fernández-Guinea, S. (2001). La Neuropsicología forense: Consideraciones básicas y campos de aplicación. *Revista de Neurología*, 32, 783-787.
- Ferrero, J. (1998, Octubre y Noviembre). *Evaluación del deterioro cognitivo y simulación*. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Recuperado de <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-1-3.html>
- Forbey, J., y Ben-Porath, Y. (2007). A comparison of the MMPI-2 RC and clinical scales in a substance abuse treatment sample. *Psychological Services*, 4, 46-58.
- García-Blázquez, M., y García-Blázquez, C. M. (2013). *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal: especialmente concebido para jueces, fiscales y abogados*. Granada, España: Comares.
- García-Domingo, L., Negro-López, S., y Fernández-Guinea, S. (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista de Neurología*, 38, 783-787.

- García-Rivas, J. V. (2012). *La simulación en el síndrome posconmocional. Su evaluación diagnóstica*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Gass, C. S., Williams, C. L., Cumella, E., Butcher, J. N., y Kally, Z. (2010). Ambiguous measures of unknown constructs: The MMPI-2 Fake Bad Scale. (aka Symptom Validity Scale, FBS, FBS-r). *Psychological Injury and Law*, 3, 81-85.
- Gass, C. S., y Odland, A. P. (2012). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Revised form Symptom Validity Scale-Revised. Psychometric characteristics in a non litigation neuropsychological setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34, 561-570.
- Gastó, C. (2008). Uso clínico de antidepresivos. *Álvarez R., Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria*. Barcelona: Editorial Medica Books.
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Wigant, D. B., y Green, P. (2007). Development and validation of a Response Bias Scale for the MMPI-2. *Assessment*, 14, 196-208.
- Gil, R., Toullat, G., Pluchon, C., Micheneau, D., Cariou, B., Rivault, L., Sicot, I., Boissonnot, L., y Neau, J. P. (1986). Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives. (ERFC). Son application à la démence sénile de type Alzheimer. *La Semaine des hôpitaux de Paris*, 62, 2127-2133.
- Gillard, N. D., y Rogers, R. (2010). Malingering: Models and methods. En J. M Brown y E. A. Campbell. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology* (pp. 683-689). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gisbert, J. A. (1991). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Glas, A. S., Lijmer, J. G., Prins, M. H., Bonsel, G. J., y Bossuyt, P. M. (2003). The diagnostic odds ratio: A single indicator of test performance. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1129-1135.
- Golden, C. J. (1994). *Stroop. Test de Colores y Palabras*. Madrid: Tea.
- Goldenhar, L. M., Williams, I. J., y Swanson, N. G. (2003). Modeling relationships between job stressors and injury and near-miss outcomes for construction labourers. *Work and Stress*, 20, 218-240
- Gómez, S., Ballester, R., Gil, B., y Abizanda, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*, 31, 743-750.

- Goncalves, L., y Feldman, L. (2008). Estrés laboral, variables sociodemográficas y salud en profesionales venezolanos. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 61, 341-356.
- González, H., Santamaría P., y Capilla, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- González-Barcala, F. J., Cadarso-Suárez, C., Valdés-Cuadrado, L., Lado-Lema, M. E., Bugarín-González, R., Vilariño-Pombo, C., y Hervada-Vidal, X. (2006). Determinantes de la duración de la Incapacidad Temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Atención Primaria*, 37, 431-437.
- Goodwin, B. E., Sellbom, M., y Arbisi, P. A. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in veterans: The utility of the MMPI-2-RF Validity Scales in detecting overreported symptoms. *Psychological Assessment*, 25, 671-678.
- Gordon, R. (2006). False assumptions about Psychopatology, Histeria and the MMPI-2 Restructured Clinical Scales. *Psychological Reports*, 98, 870-872.
- Gordon, R., Stoffey, R., y Perkins, B. (2013). Comparing the sensitivity of the MMPI-2 Clinical Scales and the MMPI-RC Scales to clients rated as psychotic, borderline or neurotic on the psychodiagnostic chart. *Psychology*, 4, 12-16.
- Gothard, S., Viglione, D. J., Meloy, J. R., y Sherman, M. (1995). Detection of malingering in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, 19, 493-505.
- Graham, J. R. (2011). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. (5th Ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Green, D. G., Rosenfeld, B., Dole, T., Pivovarova, E., y Zapf, P. A. (2008). Validation of an abbreviated version of the Structured Interview of Reported Symptoms in outpatient and community setting. *Law and Human Behavior*, 32, 177-186.
- Green, P., Allen, L. M., y Astner, K. (1996). *The Word Memory Test: A user's guide to the oral and computer-administered forms, US Version 1.1*. Durham, NC: CogniSyst.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Nueva York, NY: Grune y Stratton.
- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiscale personality inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169-207). Nueva York: Guilford Press.

- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*. (3rd ed.). Boston, MA: Allyn y Bacon.
- Greene, R. L., Rouse, S. V., Butcher, J. N., Nichols, D. S., y Williams, C. L. (2009). The MMPI-2 Restructured Clinical Scales and Redundancy: Response to Tellegen, Ben-Porath, and Sellbom. *Journal of Personality Assessment*, *91*, 222-226.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., y Gola, T. (1994). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, *6*, 218-224.
- Greiffenstein, M. F., Fox, D., y Lees-Haley, P. R. (2007). The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. En K. Boone. (Ed.), *Detection of noncredible cognitive performance*, 210-235. New York, NY: Guilford Press.
- Griffith, J. W., Zinvarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S. Rose, R. D., Waters, A. M., y Sutton J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, *40*, 1125-1136.
- Guardiola, A. (2005). *La Renovación del Pacto de Toledo y la reforma del sistema de pensiones: ¿es suficiente el pacto político?* Madrid: Fundación Mapfre Estudios.
- Guillén, C. (2014). El desafío de la gestión de las enfermedades profesionales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *1*, 124-156.
- Guilmette, T., Hart, K., Guilano, A., y Leininger, B. (1994). Detecting simulated memory impairment: Comparison of the Rey Fifteen-Item Test and Hiscock forced-choice procedure. *The Clinical Neuropsychologist*, *8*, 283-294.
- Gurtman, M. B., y Lee, D. L. (2009). Sex differences in interpersonal problems: A circumplex analysis. *Psychological Assessment*, *21*, 515.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H. C., Stovner, L. J., Vallat, J. M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H. U., Jönsson, B., y Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 718-779.

- Hague, J. (2005). Alchemy in the 21st century: Can you change antidepressants into psychologists? *Primary Care Mental Health*, 3, 157-158.
- Hamilton, J. C., y Feldman, M. D. (2001). "Chest pain" in patients who are malingering. En J. W. Hurst y D. C. Morris. (Eds.), *Chest pain*. (pp. 443-456). Amork, NY: Futura Publishing Co.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., Ben-Porath, Y. S., y Graham, J. R. (2002). *MMPI-2 Personality Psychopathology Five: Gaining an overview for case conceptualization and treatment planning*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., y Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 791-803.
- Hathaway, S. R., y Mckinley, J. C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA.
- Head, J., Kivimäki, M., Martikainen, P., Vahtera, J., Ferrie, J. E., y Marmot, M. G. (2006). Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 55-61.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Scoring Test Manual*. Odessa: Fl. Psychological Assessment Resource.
- Hedges, L.V., y I. Olkin (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Londres: Academic Press.
- Hilsabeck, R. C., LeCompte, D. C., Marks, A. R., y Grafman, J. (2001). The Word Completion Memory Test (WCMT): A new test to detect malingered memory deficits. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(7), 669-678.
- Hiscock, M. y Hiscock, C. K. (1989). Refining the force-choice method for the detection of malingering. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 11, 967-74
- Houtman, I., Jettinghoff, K., y Cedillo, L. (2007). *Sensibilizando sobre estrés laboral en los países en desarrollo*. París, Francia: OMS.
- Hurtado de Mendoza, C. (2013). *Percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

- Hutchinson, G. L. (2001). *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Inda, M., Lemos, S., López, A. M., y Alonso, J. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*, 26, 99-108.
- Instituto Nacional de Estadística INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia EDAD*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418file=ineba>
- Instituto Nacional de la Salud (2001). *Guía práctica de estándares de duración de procesos de I.T. Manual de gestión de la I.T.* 3º Ed. Madrid: Insalud.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2011). *Manual de Actuación para Médicos del INSS*. Madrid. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=009579111-0001>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2013). *Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal*. (3ª ed.). Madrid. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=007427113-0001>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2015a). *Contingencias comunes, prevalencia por cada mil trabajadores de los procesos en vigor al final del período, y número de trabajadores protegidos*. Madrid. Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Incapacidadtemporal2014/index.htm
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2015b). *Guía de Valoración para Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143518.pdf>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2015c). *Guía de Valoración Profesional*. Madrid. Recuperado de <http://www.drgalvez.com/docs/Profesiogramas-v.pdf>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social y Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2008). *Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL)*. Recuperado de <http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/noticias/1817/protocolo%20manual%20requerimientos%20valoracion%20capacidad%20laboral%2030-12-08.pdf>
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de salud mental*, 34, 94-110.

- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Jiménez, F., Sánchez, G., y Ampudia, A. (2014, octubre). *La polémica Fake Bad Scale-revised. (FBS-r) en el MMPI-2-RF*. VIII Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense. Santiago de Compostela, 23, 24 y 25 de octubre de 2014.
- Jiménez, J. F., y Romay, R. (2005). *Gestión del absentismo por incapacidad laboral*. Madrid: Dykinson.
- Jodar, M., y Cullell, N. (2002). Neuropsicología Forense. En M. A. Soria. (Ed.), *Manual de Psicología Penal Forense*. (pp.655-677). Barcelona: Atelier.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., y Bambra, C. (2010). *Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008009.pub2/abstract>
- Junqué, C., Palacios, E. M., Fernández-Espejo, D., Tormos, J. M., Sánchez-Carrión, R., y Roig, T. (2011). Alteración de la conectividad cerebral en pacientes con traumatismo craneo-encefálico grave crónico. Un estudio mediante imágenes de tensor de difusión. *Trauma*, 22, 113-121.
- Kane, A. W. (2010). Essentials of malingering assessment. En M. J. Ackerman. (Ed.), *Essentials of forensic psychological assessment*. (pp. 85-111). Nueva York, NY: John Wiley y Son.
- Kapur, N. (1994). The coin-in-the-hand test: a new "bed-side" test for the detection of malingering in patients with suspected memory disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57(3), 385-386.
- Kauffman, C. (2011). *An Examination of the MMPI-2-RF and MCMI-III of Child Custody Litigants*. Tesis Doctoral, University California. School of Professional Psychology, San Diego.
- Khoury, R. (2011). *MMPI-2 RF vs. MMPI-2: Latinos with depression*. Tesis Doctoral. Alliant International University, San Diego, California School of Professional Psychology. CA.
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vathera, J., y Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 19, 857-860.

- Koch, W. J., Douglas, K. S., Nicholls, T. L. y O'Neill, M. L. (2006). *Psychological injuries. Forensic assessment, treatment, and law*. Nueva York: Oxford University Press.
- Konecni, V. J. y Ebbesen, E. (1979). External validity for research in legal psychology. *Law and Human Behavior*, 3, 39-70
- Kropp, P. R., y Rogers, R. (1993). Understanding malingering: Motivation, method, and detection. En M. Lewis, y C. Saarni. (Eds.), *Lying and Deception in Everyday Life* (pp.201-216). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Krueger, R. F., Hicks, B.M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., y McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 411-424.
- La operación contra el fraude a la Seguridad Social se salda con 34 detenidos y supera el millón de euros. (Abril, 2013). *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/local/valencia/20130404/54370913/la-operacion-contra-el-fraude-a-la-seguridad-social-se-salda-con-34-detenidos-y-supera.html>
- La Seguridad Social anula cuatro de cada diez bajas que revisa. (Mayo, 2016). *La Voz de Galicia*. Recuperado de http://www.lavozdegalicia.es/noticia/economia/2016/05/03/gasto-prestaciones-baja-laboral-sube-12-llega-6160-millones/0003_201605G3P27991.htm
- Laborda, L. (2013). Ellas cobran menos: Nuevos informes alertan de que la brecha salarial entre hombres y mujeres no disminuye. *El Siglo de Europa*, 1009, 32-38.
- Labrador, F. J. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Lachar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lachar, D., y Wrobel, T. A. (1979). Validating clinicians' hunches: Construction of a new MMPI critical item set. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 277-284.
- Lally, S. J. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 491-498

- Landa, N., Goñi, A., García de Jalón, E., y Lizasoain, E. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 40, 285-289.
- Larrabee, G. (2000). Forensic neuropsychological assessment. En N. J. Vanderploeg. (Ed.), *Clinician's guide to neuropsychological assessment* (pp. 301-335). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological test. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425.
- Lees-Haley P. R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCMI-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F-K, Fake Bad Scale, Ego Strength, Subtle-Obvious Subscales, DIS and DEB. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 681-689.
- Lees-Haley, P. R. (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 745-755.
- Lees-Haley, P. R., English, L. T., y Glenn, W. J. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal-injury claimants. *Psychological Reports*, 68, 203-210.
- León-Carrión, J. L. (2001). Semiología de los síndromes psiquiátricos en la valoración legal de los traumatismos craneoencefálicos derivados de accidentes de circulación. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 46-62.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Andreoli, A., Luzi, C., Arcà, M., Berto, E., Milite, G., y Marcheggiano, A. (2000). Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 1213-1220.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 7, 575-728. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>
- Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 312, 18181-18190. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1963-22667
- Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. *Boletín Oficial del Estado*, 309, 104609-105136. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-13616

- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. *Boletín Oficial del Estado*, 313, 50493-50619. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24965.
- Ley 28/1992, de 24 de noviembre, de Medidas Presupuestarias Urgentes. *Boletín Oficial del Estado*, 283, 39984-39987. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-26147
- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuesto Generales del Estado para el año 2006. *Boletín Oficial del Estado*, 312, 42905-43094. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-21525
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. . *Boletín Oficial del Estado*, 269, 32590-32611. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. *Boletín Oficial del Estado*, 245, 106584-106725. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15936
- Ley 4/1992, de 8 de julio de la Coordinación de Policías Locales. *Boletín Oficial del Estado*, 200, 29142-29150. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-19985>
- Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 291, 50186-50200. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-20910>
- Ley 42/ 1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. *Boletín Oficial del Estado*, 313, 39457-39504. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-28968
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. *Boletín Oficial del Estado*, 313, 38517-38616. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-28053
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71, 12611-12645. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

- Ley Orgánica 4/2010 de 20 de mayo, del Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía. *Boletín Oficial del Estado*, 124, 44277-44296. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-8115>.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York, NY: Oxford University Press
- Lindblad, A. D. (1994). Detection of malingered mental illness within a forensic population: An analogue study. *Dissertation Abstracts International*, 54-B, 4395.
- Livanos, I., y Zangelidis, A. (2010). *Sickness Absence: A Pan-European Study*. Recuperado de <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/22627/>
- López, B., y Osca, A. (2010). Influencia de algunas variables organizacionales sobre la salud y la accidentabilidad laboral. *Anales de Psicología*, 26, 89-94.
- Lozano, C., Ortiz, A., y González, C. (2014). Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 267-281.
- Lucena, J., Subirana, M., Planchat, L., y Cuquerella, A. (2001) Valoración médico-forense del daño cerebral traumático. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 95-129.
- Malo, M. A., Cueto, B., García, C., y Pérez, J. I. (2012). *La medición del absentismo desde la perspectiva de las empresas y de las vidas laborales*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Marion, B. E., Sellbom, M., y Bagby, R. M. (2011). The detection of feigned psychiatric disorders using the MMPI-2-RF overreporting validity scales: An analog investigation. *Psychological Injury and Law*, 4, 1-12.
- Marshall, M. B y Bagby, R. M. (2006). The incremental validity and clinical utility of the MMPI-2 Infrequency Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Assessment*, 13, 417-429.
- Martín, A., Vicente, P., Vicente, E., Sánchez, M., Galindo, M. P., y Martín, M. (2010). Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: Diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 125-132.
- Martínez, C., Perelló, M. J., y Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Informació Psicológica*, 102, 63-78.

- Martín-Molina, A. (2005). Estar y no ser: El absentismo presencial. *Capital Humano*, 188, 90-95.
- Más de 4500 bajas laborales fraudulentas en Granada el pasado año. (Noviembre, 2006). *Ideal Digital*. Recuperado de <http://www.ideal.es/granada>
- Mason, S. N., Bubany, S., y Butcher, J. N. (2012). Frequently asked questions: Gender differences on personality test. Recuperado de <http://www1.umn.edu/mmpi/documents/Gender%Differenes%personality%.pdf>
- McDermott, B. E. (2012). Psychological testing and the assessment of malingering. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(4), 855-876.
- McDermott, B. E., y Feldman, M. D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- McKinley, J. C., Hathaway, S. R., y Meehl, P. E. (1948). The MMPI: VI. The K scale. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 20-31.
- Mercader, J. (2004). El control de la incapacidad temporal (historia de una sospecha). *Relaciones Laborales*, 1, 403-430.
- Mercader, J. R. (2009). La fábula del paciente simulador y el terapeuta crédulo o los mitos de la incapacidad temporal. *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 8, 14-23.
- Meyers, J. (2007). Malingering Mild Traumatic Brain Injury: Behavioral approaches used by both malingering actors and probable malingerers. En Boone, E. B. (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment. A neuropsychological perspective* (pp. 239-258). Nueva York, NY: The Guildford Press.
- Meyers, J. E., y Volbrecht, M. E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 261-276.
- Mikkelsen, E., Guthel, T., y Emens, M. (1992). False sexual abuse allegations by children and adolescents: Contextual factors and clinical subtypes. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 556-570.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2009). *Manual de Tiempos Estándar de la Incapacidad Temporal*. Madrid. Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Publicaciones/Publicacionesporcon28156/Informacionsobrepn47075/Incapacidadtemporal/index.htm

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012a). *Gestión y Control de la Incapacidad Temporal*. Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Gestionycontrol/index.htm
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012b). *Encuesta de Coyuntura Laboral*. Recuperado de <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecl/welcome.htm>
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014). *Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales*. Cuentas del sistema de la Seguridad Social. Recuperado de <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/anuarios/2014/index.htm>
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014). *Presupuestos del Ejercicio 2014*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/175160.pdf>
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2016). *Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 2016*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/200958.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <http://inclasns.msssi.es/main.html>
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2009). *Duración de la Incapacidad Temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146662.pdf>
- Miret, C., y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: Agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 193-201.
- 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.
- Molins, J. (2010). El control de la incapacidad temporal. *Temas laborales: Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social*, 106, 13-38.
- Monreal, I. (2007). *Vigilancia de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes*. IX Jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo en Aragón y la Rioja. Recuperado de <http://smhstar.org/archivos/070219libroponenciasIXjor.pdf>

- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Benito, M., Moreno-Küstner, B., Neneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y Salud Mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-81.
- Morano, M. (2014). Análisis de tendencia de la prestación por incapacidad temporal en los presupuesto del sistema de Seguridad Social. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 1, 59-64.
- Moreau, M., Valente, F., Mak, R., Pelfrene, E., De Smet, P., De Backer, G., y Kornitzer, M. (2004). Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *Journal of epidemiology and community health*, 58, 507-516.
- Moreno, J. O., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10, 4, 361-369.
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory professional manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Moro, M., Solano, L., Frades, B., Salazar, J., Pena, J., y Asuero, M. (2013). Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud. (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 9, 59- 72.
- Mulder, G. (1980). *The heart of mental effort: studies in the cardiovascular psychophysiology of mental work*. Tesis Doctoral, University of Groningen, The Netherlands.
- Muñoz, J. M., Manzanero, A. L., Alcázar, M., González, J. L., Pérez, M^a. L., y Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación conceptual, campos de investigación e intervención y propuesta formativa dentro de la Enseñanza Oficial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 3-14.
- Navarro, C., y Chicano, D. (2003). La Incapacidad Temporal: Hacia un modelo de gestión. *MEDIFAM*, 13, 29-34.
- Nelson, H. E. (1982). *National Adult Reading Test. (NART) Manual*. NFER-Nelson. Windsor, UK.

- Neuhauser, F., y Raphael, S. (2004). The effect of an increase in worker's compensation benefits on the duration and frequency of benefit receipt. *Review of Economics & Statistics*, 86, 288-302.
- Nichols, D. S. (2002). *Claves para la evaluación con el MMPI-2*. Madrid: Tea.
- Nichols, D. S. (2006). The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales. *Journal of Personality Assessment*, 87, 121-138.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 assessment*. (2nd ed.). New York, NY: John Wiley y Son.
- Nicholson, R. A., Mouton, G. J., Bagby, R. M., Buis, T., Peterson, S. A. y Buigas, R. A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristic analysis. *Psychological Assessment*, 9, 471-479.
- Novo, M., Velasco, J., y Arce, R. (2014). Psicología del testimonio, la entrevista forense. En S. Souto Camba, A. Souto Gestal y F. Fariña Rivera (Coords), *Salud y Bienestar* (pp. 73-86). Granada: GEU Editorial. España.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U. y Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A. W. Kane y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 70-84). Nueva York: Springer.
- Observatorio Español sobre Drogas (2011). *Encuesta 2007/2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Observatorio Español sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Oliver, A., Pastor, S., Roig, J., y Chover, J. L. (1994). Estudio de la incapacidad laboral transitoria en Játiva. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 297-302.
- Orden TAS 399/2004 de 12 de febrero sobre prestaciones en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal. *Boletín Oficial del Estado*, 46, 8509-8510. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2004/02/23/pdfs/A08509-08510.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitucion-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Informe sobre la salud en el mundo. Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad*. OMS: Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/whr/1997/es>
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. (CIDDM-2)*. Génova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asunto Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (IMSERSO).
- Organización Mundial de la Salud (2006). Gender and women's mental health. *Gender disparities and mental health: The facts*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades, normativas y profesionales*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health
- Ortiz, A. (2004). *Consultas sin patología en un centro de salud mental*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Ortiz, A., Lozano, C., y Fernández, G. (2005). La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria. (1996-2001). *Semergen-Medicina de Familia*, 31, 456-461.
- Osterkamp, R., y Röhn, O. (2007). Being on sick leave: possible explanations for differences of sick-leave days across countries. *CESifo Economic Studies*, 53, 97-114.
- Pastrana, J. I., Fernández-Labandera, C., Ramos, R., y Carrasco, J. L. (2013). Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 59, 205-226.

- Pelegrín-Valero, C., Fernández-Guinea, S., Tirapu-Ustarrauz, J., y Muñoz-Céspedes, J. M. (2001). Diagnóstico diferencial del síndrome postconmocional. *Revista de Neurología*, 38, 867-884.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Pineault, R., y Daveluy, C. (1992). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Pini, S., y Tansella, M. (1998). Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 73-87). Madrid, Grupo Aula Médica.
- Pitman, R. K., Sparr, L. E., Saunders, L. S., y McFarlane, A. (1996). Legal issues in posttraumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth. (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 378-379). New York, NY: Guilford Press.
- Pizitg, T. D, y McCullaugh, J. M. (2011). An overview of male personality profiles using the MMPI-2 . *American Journal of Forensic Psychiatry*, 32, 31-46.
- Pla, J., Adam, A., y Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 11(46), 20-28.
- Plohmann, A. (2013, Junio). *First base rates estimates of performance validity in Switzerland*. Comunicación presentada en el Third European Symposium on Symptom Validity Assessment, Wurzburg, Alemania.
- Pollock, P. H. (1996). A cautionary note on the determination of malingering in offenders. *Psychology Crime and Law*, 3, 97-110.
- Poole, D. A., y Lamb, M. E. (1998). *Investigative interviews of children: A guide for helping professionals*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Barcelona: Labor.
- Quijano, F., y Gandarillas, M. (2008). Atención primaria y salud laboral. La medicina familiar y comunitaria ante las enfermedades de trabajo y la incapacidad laboral. *La Mutua*, 19, 85-109.
- Ramos, L. L., Zambrano, J., Medina-Mora, I. M. E., Lara, C., Fleiz, C., y Borges, G. G. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8-22.

- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. *Boletín Oficial del Estado*, 302, 44487-44546. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006
- Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. *Boletín Oficial del Estado*, 198, 25856 a 25860. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-19848
- Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 245, 72772-72774. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-12686>
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, 22, 3317-3319. Recuperado de <http://www.boe.es/dias/2000/pdfs/A03317-03410.pdf>
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. *Boletín Oficial del Estado*, 98, 13132-135. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/24/pdfs/A13132-13135.pdf>
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento general sobre Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 98, 13136-13139. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/24/pdfs/A13136-13139.pdf>
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. *Boletín Oficial del Estado*, 176, 57579-57596. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-7684

- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 154, 20658-20708. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1994/pdfs/A20658-20708.pdf>
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 261, 103291-103519. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/31/pdfs/BOE-A-2015-11724.pdf>
- Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*, 168, 50428-50518. Recuperado de <https://www.boe.es/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>
- Real Decreto-Ley 5/1992, de 21 de Julio, de Medidas Presupuestarias Urgentes. *Boletín Oficial del Estado*, 176, 25506-25508. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-17364
- Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en el Mercado de Bienes y Servicios. *Boletín Oficial del Estado*, 151, 22440-22458. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-11836
- Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 2ª ed. (pp.130-152). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Resnick, P. J., West, S., y Payne, J. W. (2008). Malingering of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133, 725-746.
- Resolución de 21 de enero de 1998, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se constituye el equipo de valoración de incapacidades en determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 26, 3363 a 3364. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-2157
- Rivas, P., Molina, J. M., Alarcón, L., Campos, M., Hernández, A., Massalleras, M., Panadera, B., y Sánchez, S. (2008). Salud Mental e Incapacidad Temporal en población laboral de Catalunya. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11, 81-86.

- Rodríguez, B., Gómez, A., y López, I. (2005). Sintomatología Depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Temporal en la comunidad de Madrid. *Mapfre Medicina*, 16, 184-194.
- Rodríguez, J. M. (2010). Alcohol y trabajo. *Follas de Prevención*, 24. ISSGA.
- Rodríguez, M. P., y Modrego, A. (2010). Estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en España. IT-SEMG' 09. *Medicina General*, 124, 37-42.
- Rodríguez, S. (2013). El control de la incapacidad temporal: Incidencia sobre la contención del gasto público y aumento de la productividad empresarial. *Temas laborales: Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social*, 118, 113-154.
- Rodríguez, V., y Morote, M^a. P. (2008). *Incapacidad Temporal por Enfermedad Común. Asturias 1996-2006. Perfil epidemiológico*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Rogers, R. (1986). *Conducting insanity evaluations*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Rogers, R. (1988). Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* 1^a ed. (pp. 250-268). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (1997a). Introduction. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. (2^a ed., pp. 1-19). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. (1997b). Current status of clinical methods. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. (2^a ed., pp. 373-397). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. (1997c). Researching dissimulation. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. (2^a ed., pp. 398-426). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008). Detection strategies in malingering and defensiveness. En R. Rogers. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. (3rd ed., pp. 14-38). New York, NY: Guildford Press.
- Rogers, R. Sewell, K. W., Martin, M. A., y Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, 10, 160-177.

- Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E., y Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment, 4*, 89-96.
- Rogers, R., Gillis, J. R., y Bagby, R. M. (1990). The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law, 8*, 85-92.
- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M., y Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms. (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- 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.
- Rogers, R., Sewell, K. W., y Gillard, N. D. (2010). *Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rogers, R., Sewell, K. W., y Salekin, R. T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment, 1*, 227-237.
- Rogers, R., Sewell, K., Morey, L.C., y Unstand, K.L. (1996). Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment, 67*, 629-640.
- Rogers, R., y Bender, S. D. (2013). Evaluation of malingering and related response styles. En R. K. Otto y I. B. Weiner. (Eds.), *Handbook of psychology. (2nd Ed.)* (Vol. 11, pp. 517-540). Hoboken, NJ: John Wiley y Sons, Inc.
- Rogers, R., y Mitchell, C. N. (1991). *Mental health experts and the criminal courts: A handbook for lawyers and clinicians*. Scarborough, ON: Thomson Professional Publishing.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M. I., Peiró, R., y Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria, 14*(2), 146-155.
- Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offest.

- Romero, M., Álvarez, C., y Prieto, A. (2005, Junio). *Estudio de la incapacidad temporal por enfermedad común en la población trabajadora del ayuntamiento de Córdoba: 2001-2004*. XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. Córdoba 1, 2 y 3 de junio 2005. Recuperado de <http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congreso/xvcongreso/xvcongreso>.
- Royo-Bordonada, M. A. (1999). La duración de la Incapacidad Laboral y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 13, 177-184.
- Rubio, I. (1999). Valoración y baremación de la discapacidad en los trastornos mentales: Una revisión inaplazable. *Papeles del Psicólogo*, 73, 51.
- Rubio, S., Díaz, E. M., Martín, J., y Luceño, L. (2010). La carga mental como factor de riesgo psicosocial. Diferencias por baja laboral. *Ansiedad y Estrés*, 16, 271-282.
- Ruiz, A. (1999). El problema de la Incapacidad Temporal y la Atención Primaria. La Gran oportunidad. La gran amenaza. Propuesta de un cambio. En B. Francesc. (Ed.), *Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión* (pp. 16-57). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Sala, T., y Salas A. (2007). *La Incapacidad Temporal: aspectos laborales, sanitarios y de la Seguridad Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Salazar, E., Tejero, E., y Montesinos, N. (2014). Análisis del fraude a la Seguridad Social en pacientes con incapacidad temporal por contingencia común. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 1, 300-301.
- Samuel, R. Z. y Mittenberg, W. (2006). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12, 60-68.
- Sánchez, E., González, J. M., y Cassini, J. (2012). La prevención de riesgos psicosociales: tan necesaria como conveniente para la empresa. *Prevention World Magazine*, 45, 16-21.
- Sánchez, G. (2002). *Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Sánchez, G., Ampudia, A., y Jiménez, F. (2014). La escala de disimulación de Gough (Ds-r) solicita formar parte del elenco de escalas de validez del MMPI-2-FR. En R. Arce, F. Fariña, M. Novo y D. Seijo (Eds.), *Psicología Jurídica y Forense Investigación-Acción. Colección Psicología y Ley*, 12, (pp. 231-245). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

- Sanderson, K., y Andrews, G. (2006). Common Mental Disorders in the Workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 63-75.
- Santamaría, P., Capilla, P., y González, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud* 24, 139-151.
- Sapolsky, R. M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza Editorial.
- Schofield, W. (1966). Clinical and counseling psychology: some perspectives. *American Psychologist*, 21, 122-131.
- Seijo, D., Fariña, F., y Vilariño, M. (2014). Procedimientos y técnicas para la evaluación psicológica forense. En S. Souto Camba, A. Souto Gestal y F. Fariña Rivera (Coords), *Salud y Bienestar* (pp. 25-54). Granada: GEU Editorial.
- Seisdedos, N. (1970). Adaptación del cuestionario de Personalidad MMPI: Estudio de la forma R. (399 elementos) en la selección profesional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 105-106, 825-828.
- Sellbom, M., y Bagby, R. M. (2010). Detection of Overreported Psychopathology with the MMPI-2-RF form Validity Scales. *Psychological Assessment*, 22, 757-767.
- Sentencia 1333/2013 de 14 junio del Tribunal Superior de Justicia de Asturias. Recuperado de <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/210381/sentencia-tsj-asturias-1333-2013-de-14-de-junio-despido-disciplinario>
- Sentencia 1354/2003 de 29 de abril del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Recuperada de <http://www.acosomoral.org/pdf/JurisprudenciaMobbing.pdf>
- Sentencia 1758/2012 de 20 de marzo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Recuperada de <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/135293/sentencia-tsj-galicia-1758-2012-de-20-de-marzo-despido-disciplinario-trabajos-incompatibles>
- Sentencia 204/2002 del 10 de mayo del Juzgado de lo Social nº 4 de Jaén. Recuperada de http://www.ugt-upm.es/doc/SEGURIDADySALUD-sentencia_jaen.pdf
- Sentencia 334/2012 de 25 de enero del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Recuperada de <http://portalprevencion.lexnova.es/jurisprudencia/PREVENCION/118709/sentencia-tsj-galicia-334-2012-de-25-de-enero-riesgos-psicosociales-acoso-laboral>

- Sentencia 4162/2012 de 13 de julio del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Recuperada de <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/154605/sentencia-tsj-galicia-4162-2012-de-13-de-julio-despido-disciplinario-realizacion-de-gira>
- Sentencia 417/2011 de 7 de julio del Juzgado de lo Social nº4 de Oviedo. Recuperada de http://cooperacionconcellos.deputacionlugo.org/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2184_1.pdf
- Sentencia 740/2012 de 4 de octubre del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria sala de lo Contencioso Administrativo. Recuperada de <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=6567168&links=%22740%2F2012%22&optimize=20121210>
- Sentencia 9351/2011 de del Tribunal Supremo, Sala de lo Social. Recuperada de <http://www.poderjudicial.es/search/documento/TS/6291222/despido/20120302>
- Sicras, A., Blanca, M., Gutiérrez, L., y Navarro, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: Estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24, 13-19.
- Slick, D., Hopp, G., Strauss, E., y Thompson, G. (1997). The Victoria symptom validity test. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Anqst, J., y Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health, Policy and Economics*, 9, 87-98.
- Sobrió, C., y Haas, G. (2012, Septiembre). *The psychological functioning of sexually assaulted women through the MMPI-2 and restructured clinical scales*. Comunicación presentada al Encuentro Anual de la Society of Personality Assessment, Chicago, IL.
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (2008). *Incapacidad Temporal. Manual para el Manejo en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Lex Artis.
- Spitzer, R. L., y Endicott, J. (1978). *Schedule of affective disorders and schizophrenia*. Nueva York, NY: Biometric Research.
- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F., y Marmot, M. (1995). Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study. *Social Science y Medicine*, 40, 189-189.

- 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, 191-200.
- Tancredi, L. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200, 879-82.
- Tehrani, N. (2010). *Managing trauma in the workplace*. New York, NY: Routledge.
- Tellegen, A. (1985). *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tellegen, A., Ben-porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., y Kaemmer, B. (2003). MMPI-2 Reestructured Clinical. (RC) scales: Development, validation, and interpretation. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Tellegen, A., y Ben Porath, Y. S. (1992). The new uniform T scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. *Psychological Assessment*, 4, 145-155.
- Terrer, M., Molins, J., y Fernández, J. L. (1999). La incapacidad laboral en pacientes con trastornos psíquicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra: Salud Pública y Administración Sanitaria*, 22, 71-79.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering*. North Tonawanda, NY: MHS.
- Torns, T., y Recio, C. (2013). Género, trabajo y vida económica. En C. Díaz y S. Dema. (Eds.), *Sociología y género* (pp.153-200). Madrid: Tecnos.
- Torollo, F. (2004). El control de la incapacidad temporal y la impugnación del alta médica. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 59, 93-141.
- Torres, J. (2002). El estado mental del acusado: psicopatología forense. En M. A. Soria. (Ed.), *Manual de psicología forense* (pp. 379-425). Barcelona: Atelier.
- Tous-Pallarès, J. (2011). *Aspectos psicosociales de la qualitat de vida Laboral en el sector hotelier*. Tarragona: Servei de Publicacions URV.
- Tous-Pallarès, J., Flores, R., Soler, T., Ivette, M., Mayor, C., y Tendero, L. P. (2014). El absentismo laboral en empleados del sector hotelero. *Papeles del Psicólogo*, 35, 59-65.
- Trabazo, V. (2006). *Elaboración del Informe Pericial para incapacidades laborales*. Recuperado de <http://www.saludmental.info/Secciones/Juridica/2006/elinformejulio06.htm>

- Tribunal de Cuentas (2014). *Informe de Fiscalización sobre la Gestión y Control de la Incapacidad Temporal por las entidades del Sistema de Seguridad Social*. Recuperado de www.tcu.es/repositorio/ad7d34ec-0c9a-4b3f-87a6.../I1027.pdf
- Trueblood, W., y Schmidt, M. (1993). Malingering and other validity considerations in the neuropsychological evaluation of mild head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15(4), 578-590.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Universidade de Santiago de Compostela (2016). *Evolución da actividade preventiva xeral en cifras*. Recuperado de http://www.usc.es/gl/info_xeral/responsable/cifras/persoal.html
- V Convenio Colectivo Único del personal laboral de la Xunta de Galicia de 3 de noviembre de 2008 (2008). *Diario Oficial de Galicia*, 213, 20025-20068. Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/2008/20081103/Anuncio40826_es.html
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 49-53.
- Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona: Labor.
- 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.
- Van Os, T. W., Ormel, J., Van den Brink, R. H., Jenner, J., Van der Meer, K., Tiemens, B. G., Van der Boorn, W., Smit, A., y Van den Brink, W. (1999). Training Primary Care Physicians Improves the Management of Depression. *General Hospital Psychiatry*, 21, 168-176.
- Vaquero, A. (n.d.). *Factores que influyen en la Incapacidad Temporal a largo plazo. Propuesta de screening y de intervención*. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/168544.pdf>
- Vázquez, J. M. (2011). Error de diagnóstico y responsabilidad médica. El consejo médico complementario. Hipoglucemia vs. accidente cerebral vascular isquémico. A propósito de un caso. *Cuadernos de medicina forense*, 17, 47-50.

- Velasco, J., Vilariño, M., González-Amado, B., y Fariña, F. (2014). Análisis bibliométrico de la investigación española en psicología desde una perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5, 105-118.
- Velázquez, R., Guillén, C., Almorza, J. M., y Salvador, L. (2002). Estudio sobre la morbilidad psiquiátrica y el absentismo por incapacidad temporal en una gran empresa. *Mapfre Medicina*, 13, 46-52.
- Verdejo, A., Alcázar-Córcoles, M. A., Gómez-Jarabo, G. A., y Pérez-García, M. (2004). Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense. *Revista de Neurología*, 39, 60-73.
- Vilar, R. (2012). Daño cerebral traumático. En H. González, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 411-460). Madrid: Tea.
- Vilar, R., Santiago, S., Gómez-Río, M., Verdejo, A., Llamas, J., y Pérez, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 379-388.
- Vilar, R., y Aliaga, A. (2011). La evaluación de la simulación. En A. Jarne y A. Aliaga. (Eds.), *Manual de neuropsicología forense. De la clínica a los tribunales* (pp. 261-303). Barcelona: Herder.
- Vilariño, M., Arce, R., y Fariña, F. (2013). Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 1-21.
- Vilariño, M., Fariña, F., y Arce, R. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury in gender violence: Validating a protocol for forensic setting. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 221-243.
- Villaplana, M. (2012). *El Absentismo Laboral por Incapacidad Temporal derivado de Contingencias Comunes 2005-2010*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Villaplana, M. (2014). Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, 65-73.
- Vines, L. M., Wygant, D. B., y Gervais, R. O. (2012). Empirically guided case conceptualization of Posttraumatic Stress Disorder with the Minnesota Multiphasic

- Personality Inventory-2 Restructured Form. (MMPI-2-RF) in a forensic disability evaluation. *Journal of Psychological Practice*, 17, 180-205.
- Vuelven a repuntar los casos de fraude en las bajas a la Seguridad Social. (Septiembre, 2015). *Antena3 noticias*. Recuperado de <http://www.antena3.com/programas/espejopublico/noticias2015120100082.html>
- Wallace, A. L. (2005). A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 Restructured Clinical. (RC) and Clinical Scales. *Assessment*, 12, 290-294.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS III*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D., Coalson, D. L., y Raiford, S. E. (2008). *WAIS-IV: Wechsler adult intelligence scale*. San Antonio, TX: Pearson.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey y E. Aronson. (Eds.), *The handbook of social psychology bulletin*. (Vol. 1, pp. 567-634). Hillsdale, NJ: LEA.
- Wexler, D. B. (2005). Therapeutic jurisprudence and the rehabilitative role of the criminal defense lawyer. *St. Thomas Law Review*, 17, 743-774.
- Wicker, A. W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.
- Wiggins, E. C., y Brandt, J. (1988). The detection of simulated amnesia. *Law and Human Behavior*, 12, 57-78.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., y Evans, J. J. (1996). *BADS Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*. London: Thames Valley.
- Wilson, J. P., y Moran, T. A. (2004). Forensic/clinical assessment of psychological trauma and PTSD in legal settings. En J. P. Wilson y T. M. Keane. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 603-636). Nueva York, NY: Guildford Press.
- Wolf, N. J., y Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 131-161.
- Wygant, D. B., Anderson, J. L., Sellbom, M., Rapier, J. L., Allgeier, L. M., y Granacher, R. P. (2011). Association of the MMPI-2 Restructured Form. Validity Scales with Structured Malingering Criteria. *Psychological Injury and Law*, 4, 13-23.

- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., y Arbisi, P.A. (Mayo, 2004). Development and initial validation of a scale to detect infrequent somatic complaints. 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Wygant, D. B., y Granacher, R. P. (2015). Assessment of validity and response bias in neuropsychiatric evaluations. *NeuroRehabilitation*, 36, 427-438.

