



FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ENGAÑO Y SIMULACIÓN DE BAJAS POR DISCAPACIDAD

AUTOR: M.^a DEL CARMEN GONZÁLEZ ORTEGA

TUTOR: ESTEBAN PUENTE-LÓPEZ

1^a CONVOCATORIA

1. INTRODUCCIÓN.	3
1.1. Justificación del estudio.	3
1.2. Objetivos generales y específicos.	3
2. MARCO TEÓRICO.	4
2.1. Definiciones clave: engaño, simulación, bajas por discapacidad, contexto médico-legal.	4
2.2. Revisión de la literatura existente: estudios previos, estadísticas relevantes y teorías aplicables.	5
2.3. Factores asociados: Análisis de las posibles causas y condicionantes de este fenómeno.	6
3. METODOLOGÍA.	8
3.1. Procedimiento.	8
3.2. Muestra: Perfil de los profesionales encuestados.	8
3.3. Descripción del instrumento.	9
3.4. Análisis de datos.	10
4. RESULTADOS.	11
4.1. Presentación de datos.	11
4.2. Identificación de patrones: Tendencias observadas en las respuestas de los encuestados.	16
5. DISCUSIÓN	18
5.1. Interpretación de los resultados.	18
5.2. Comparativa con estudios previos.	20
5.3. Retos y áreas problemáticas: Obstáculos detectados y posibles soluciones.	22
6. CONCLUSIONES	23
6.1. Resumen de hallazgos principales.	23
6.2. Implicaciones prácticas. Recomendaciones para profesionales de la salud.	24
6.3. Propuestas futuras: Sugerencias para continuar con la investigación del fenómeno.	25
7. BIBLIOGRAFÍA	27
8. ANEXOS	30
8.1. Ejemplo de encuesta aplicada.	30
8.2. Respuestas de la encuesta.	35

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Justificación del estudio.

El fraude en las bajas por discapacidad es un fenómeno que tiene implicaciones significativas tanto a nivel económico como social. Por ello, este tema supone un desafío tanto para los profesionales de la salud como para las diferentes instituciones sanitarias, al tratar de distinguir los casos legítimos de los que no lo son.

La complejidad inherente a la identificación de simulaciones, junto con la diversidad de motivos que pueden impulsirlas, como el acoso laboral en el centro de trabajo, genera debates sobre la eficacia de los mecanismos de control y las consecuencias para quienes realmente necesitan esos beneficios (Domínguez Muñoz et al., 2013).

Según el estudio llevado a cabo en España sobre el análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal, la discapacidad y los posibles beneficios laborales y socioeconómicos derivados de la misma son los factores que presentan la mayor prevalencia de simulación (Jáuregui Lobera, 2018).

Con este estudio se pretende recopilar información sobre las herramientas y técnicas más utilizadas, su eficacia percibida y las necesidades de formación que los profesionales podrían tener para enfrentar este fenómeno de manera más eficaz.

1.2. Objetivos generales y específicos.

La simulación de síntomas en las bajas por discapacidad representa un desafío importante en el ámbito médico y laboral, afectando tanto la calidad de los diagnósticos como la administración de recursos sanitarios. Este estudio tiene como objetivo profundizar en las percepciones, experiencias y conocimientos de los profesionales de la salud, quienes desempeñan un papel crucial en la identificación y manejo de estos casos.

Los médicos de cabecera, neurólogos, psicólogos y otros especialistas ocupan una posición clave en este fenómeno, dado que su formación y experiencia les permiten detectar incoherencias en los síntomas y aplicar herramientas de evaluación eficaces. Sin embargo, también se enfrentan a limitaciones debido a la complejidad de las motivaciones detrás de la simulación y a la falta de herramientas específicas. Este estudio busca llegar a conclusiones:

- Fortaleciendo sus capacidades y recursos.
- Realizar una investigación y conocer los medios de que disponen los profesionales para detectar los casos de engaño, los que más utilizan

y aquellos métodos o sistemas que consideran que podrían ser más eficaces, además de estudiar la necesidad de herramientas avanzadas.

- Cuantificar el alcance percibido de la simulación: Examinar qué porcentaje de bajas laborales son consideradas como sospechosas de simulación por parte de los especialistas.
- Llevar a cabo un análisis los motivos detrás de la simulación: identificar las razones más comunes, los síntomas que opinan que son más fáciles de fingir, con un énfasis en el acoso laboral como una posible causa.
- Entender cómo la simulación afecta la credibilidad, los recursos y el bienestar de los pacientes legítimos, proponiendo estrategias de mejora, como recopilar opiniones y recomendaciones de los especialistas para abordar el problema de manera más efectiva.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Definiciones clave: engaño, simulación, bajas por discapacidad, contexto médico-legal.

Definición de engaño: Según González Ordi, Santamaría Fernández y Fernández Marín (2011), el engaño en el contexto médico-legal se define como el intento deliberado de ocultar, falsificar o exagerar información con el propósito de obtener un beneficio personal, ya sea económico o social. Este concepto se analiza en profundidad en su estudio sobre la detección de la simulación en el ámbito médico-legal.

Simulación: Díaz Salazar (2014) describe la simulación como la acción de fingir o exagerar síntomas con el objetivo de obtener ventajas, como una baja laboral o beneficios económicos. En su artículo publicado en Medicina y Seguridad del Trabajo, el autor analiza los métodos utilizados para detectar la simulación y las estrategias que los profesionales pueden emplear para diferenciarla de una afectación real.

Según Santamaría Fernández et al. (2010), la exageración de síntomas se refiere a la amplificación intencionada de síntomas reales con el objetivo de obtener algún beneficio, diferenciándola de la simulación completa.

Exageración de síntomas: La exageración de síntomas se refiere a la amplificación intencionada de signos clínicos con el propósito de obtener

beneficios personales, como compensaciones económicas o bajas laborales prolongadas. Según Resnick (1997), este fenómeno puede diferenciarse de la simulación completa, ya que en muchos casos los síntomas tienen una base real, pero son magnificados por el paciente (Journal of Forensic Sciences).

Bajas por discapacidad: a baja por discapacidad se refiere al período en el que un trabajador se encuentra incapacitado para desempeñar sus funciones debido a una condición médica. Según el artículo de Servilegal Abogados (2023), la simulación de bajas médicas puede derivar en consecuencias legales, incluyendo sanciones y pérdida de beneficios laborales.

Contexto médico-legal: el contexto médico-legal abarca la intersección entre la medicina y el derecho, donde se evalúan casos de discapacidad, simulación y fraude. Según González Ordi et al. (2011), la evaluación de la simulación en este ámbito requiere un enfoque multidisciplinario que combine entrevistas clínicas, pruebas médicas y análisis de comportamiento.

Según Santamaría Fernández, Capilla Ramírez y González Ordi (2013), el contexto médico-legal en la simulación de bajas por discapacidad se refiere al conjunto de procedimientos y evaluaciones que buscan determinar la veracidad de una incapacidad temporal, considerando tanto criterios médicos como aspectos legales. En su estudio sobre la prevalencia de simulación en España, los autores destacan que la identificación de casos fraudulentos requiere un enfoque multidisciplinario que combine herramientas psicométricas, entrevistas clínicas y análisis de patrones de comportamiento para minimizar falsos positivos y negativos

2.2. Revisión de la literatura existente: estudios previos, estadísticas relevantes y teorías aplicables.

He revisado algunos estudios llevados a cabo por diversos autores, en los cuales todos ellos coinciden en la importancia de abordar la simulación desde una perspectiva multidisciplinar, integrando aspectos psicológicos, sociales y legales.

Los hallazgos más destacados son:

- La prevalencia de la simulación de alta clínica fue la siguiente: un estudio realizado con sanitarios en España estima que entre el 10% y el 50% de las solicitudes de alta clínica en un contexto real

corresponden a simulación (Santamaría Fernández, Capilla Ramírez & González Ordi, 2013). Algunas de las patologías más simuladas son los trastornos musculoesqueléticos, como la lumbalgia y la fibromialgia, y los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, que tienen un alto impacto económico al aumentar los costes de las bajas laborales e incapacidades.

- El SIMS en una evaluación psicométrica: El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) ha sido utilizado para medir la simulación de síntomas en contextos médico-legales. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Madrid, el SIMS obtuvo una sensibilidad del 82% y una especificidad del 93%, lo que lo convierte en una herramienta fiable para la detección de casos de simulación (Santamaría Fernández, 2014). Este resultado demuestra la importancia de utilizar herramientas validadas, lo que generaliza la evaluación.
- Percepción de los profesionales de la salud: otro estudio investigó la percepción de los profesionales sobre la simulación en incapacidad temporal. Los resultados mostraron que los profesionales identificaban como principales simuladores a personas de mediana edad con ingresos bajos o moderados, que prolongan síntomas iniciales para obtener beneficios (Santamaría Fernández, Capilla Ramírez & González Ordi, 2013). Este estudio subraya la necesidad de desarrollar protocolos específicos para la detección de simulación y evitar falsos positivos y negativos.

2.3. Factores asociados: Análisis de las posibles causas y condicionantes de este fenómeno.

La simulación de bajas laborales y discapacidad es un fenómeno complejo que puede verse afectado por diversos factores. Estos factores pueden clasificarse en tres categorías principales: **personales**, **sociales** e **institucionales**.

Factores personales:

1. Motivaciones económicas: algunas personas fingen padecer un problema de salud con el fin de obtener un beneficio económico, ya sea el

subsidio por enfermedad o cualquier tipo de prestación social (Santamaría Fernández et al., 2013).

2. Factores psicológicos: son aquellos síntomas en los que una persona presenta síntomas de enfermedad (reales o exagerados), provocados principalmente por problemas personales, como un trastorno de estrés o una depresión. Además, algunas personas pueden tergiversar y exagerar los síntomas debido a una percepción distorsionada de su estado de salud (González Ordi et al., 2011).

3. Factores demográficos: diversos estudios han detectado que las personas de mediana edad, con ingresos bajos o moderados, y en trabajos poco estimulantes son más propensas a simular bajas (Santamaría Fernández et al., 2013; Chafetz, 2008).

Factores sociales:

1. Presión social y cultural: en algunos contextos, la simulación puede estar influida por normas sociales que justifican el engaño como una forma de resistencia frente a condiciones laborales adversas (Gervais et al., 2001).

2. Impacto del entorno laboral: condiciones laborales precarias, falta de reconocimiento profesional y estrés laboral pueden actuar como desencadenantes para la simulación de bajas (Mittenberg et al., 2002).

3. Estigmatización de enfermedades: la percepción social de ciertas patologías puede influir en la decisión de simular síntomas, especialmente en casos donde las enfermedades son difíciles de diagnosticar objetivamente, como el dolor crónico (Schmand et al., 1998).

Factores institucionales:

1. Deficiencias en los sistemas de evaluación: la falta de herramientas adecuadas para detectar la simulación de síntomas facilita que algunos casos pasen desapercibidos (Stevens et al., 2008).

2. Legislación y políticas laborales: normativas poco claras o insuficientes pueden generar vacíos legales, los cuales favorecen la simulación de síntomas (Bloom et al., 2012).

3. Acceso a beneficios sociales: La facilidad para acceder a prestaciones económicas o laborales en muchos casos puede hacer que sea un incentivo para la simulación (World Health Organization, 2011).

Es importante destacar que estos factores no actúan de manera aislada, sino que suelen estar interrelacionados. Por ejemplo, una persona con estrés

laboral, puede exagerar síntomas debido a una percepción distorsionada de su estado de salud y a su vez aprovechar vacíos en la normativa laboral, para continuar de baja.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Procedimiento.

En este estudio participaron médicos y especialistas que trabajan directamente en la evaluación de casos de bajas por discapacidad. Se seleccionó una muestra representativa de profesionales de distintos ámbitos de atención médica, incluyendo centros de salud, hospitales públicos y mutuas de trabajo. Para obtener una perspectiva completa y variada, se contó con médicos con experiencia en el diagnóstico de enfermedades que pueden llevar a una baja laboral, junto con profesionales familiarizados con casos de simulación en su práctica diaria. Esto permitió enriquecer el análisis con diferentes enfoques y conocimientos.

Para recopilar información de manera efectiva, opté por una encuesta estructurada que me permitió acceder directamente a las opiniones y experiencias de los profesionales de la salud. Este enfoque facilitó conocer de primera mano sus percepciones sobre la simulación de síntomas en bajas laborales, garantizando datos organizados y comparables para su posterior análisis.

La encuesta se distribuyó en formato digital, asegurando la accesibilidad para un mayor número de participantes. Se organizó en bloques temáticos para abordar los distintos aspectos del fenómeno:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, especialidad médica, años de experiencia y tipo de centro de trabajo.
- Experiencia profesional: casos de simulación atendidos, estrategias de detección empleadas y desafíos enfrentados.
- Percepción sobre la simulación: impacto en la práctica médica, factores que influyen en la simulación de síntomas y medidas de prevención.

Se utilizó un cuestionario mixto con preguntas cerradas y escalas de respuesta tipo Likert y preguntas abiertas, para cuantificar la percepción de los profesionales sobre la simulación de síntomas.

3.2. Muestra: Perfil de los profesionales encuestados.

La muestra total consistió en 39 participantes, de los cuales 30 eran mujeres (76,9 %) y 9 hombres (23,10 %), esta proporción refleja la realidad de muchos entornos

sanitarios, donde las mujeres tienen una presencia significativa en el ejercicio de la medicina. Todas las respuestas fueron cumplimentadas online.

La encuesta en su apartado inicial se centra en la recopilación de datos generales y sociodemográficos de los participantes, correspondientes al bloque 1. Se les preguntó sobre aspectos como: edad, sexo, especialidad médica, años de experiencia en la especialidad médica y tipo de centro en el que trabajan. Estos datos proporcionan una base valiosa para comprender los posibles patrones y tendencias que se puedan observar en las respuestas de los encuestados, así como para garantizar la representatividad y diversidad de la muestra.

3.3. Descripción del instrumento.

El cuestionario utilizado se estructuró en cinco bloques temáticos, con un total de 29 preguntas. Cada bloque aborda aspectos específicos del estudio, diseñados para recoger datos importantes de forma sencilla y bien organizada. A continuación, se describe la estructura y el propósito de cada uno:

- Bloque 1: Datos generales y sociodemográficos Este bloque consta de cinco preguntas dirigidas a recopilar información básica de los encuestados. Los datos obtenidos incluyen sexo, edad, especialidad médica, años de experiencia en su especialidad y tipo de centro en el que trabajan (centros de salud, hospitales públicos o mutuas de trabajo). Su propósito es caracterizar el perfil de los participantes y garantizar la diversidad de la muestra.
- Bloque 2: Percepción y experiencia profesional Este bloque incluye cinco preguntas orientadas a explorar la experiencia y percepción de los profesionales sobre la simulación de síntomas en bajas por discapacidad. Entre las preguntas figuran el promedio mensual de bajas revisadas, si han identificado casos de simulación, su estimación del porcentaje de casos simulados, la percepción de un aumento en la simulación en los últimos años y cómo influye su especialidad médica en la capacidad para detectar simulaciones.
- Bloque 3: Síntomas y motivaciones Compuesto por once preguntas, este bloque profundiza en los síntomas más comúnmente fingidos, las principales motivaciones detrás de la simulación de síntomas, la relación con conflictos laborales como el acoso, y los criterios utilizados para sospechar simulación. También analiza aspectos del entorno laboral que

pueden propiciar este fenómeno y los síntomas que presentan mayor dificultad para evaluar su veracidad.

- Bloque 4: Métodos de detección y limitaciones Este bloque consta de cuatro preguntas enfocadas en las herramientas utilizadas por los profesionales para identificar casos de simulación, su percepción sobre la efectividad de los métodos actuales y las limitaciones enfrentadas en la detección de casos sospechosos.
- Bloque 5: Impacto y soluciones Las últimas cuatro preguntas abordan el impacto de la simulación en los recursos del sistema sanitario y en la confianza de los pacientes hacia el sistema. Además, exploran posibles medidas que podrían implementarse para reducir los casos de simulación, permitiendo a los encuestados aportar sus propias sugerencias.

El diseño del cuestionario buscó garantizar claridad en la formulación de las preguntas y ofrecer opciones de respuesta que facilitaran el análisis posterior, utilizando un lenguaje accesible y adaptado al perfil profesional de los participantes.

3.4. Análisis de datos.

Para interpretar los datos obtenidos del cuestionario, se emplearon técnicas estadísticas descriptivas que permitieron organizar, presentar y analizar las respuestas de manera clara y efectiva. Dado que las preguntas no estaban interrelacionadas, cada bloque y cada pregunta se analizaron de forma independiente para obtener resultados específicos y significativos. A continuación, se describen los métodos utilizados:

- Análisis descriptivo: Se calculan frecuencias y porcentajes para cada pregunta con el objetivo de resumir la distribución de las respuestas. Por ejemplo, en el bloque 1, se analizó el porcentaje de encuestados según su tipo de centro de trabajo, especialidad médica y años de experiencia.
- Tablas y gráficos: Los resultados se organizan en tablas y se representan gráficamente mediante diagramas de barras y gráficos circulares.
- Resumen por bloques: Cada bloque del cuestionario se analiza de manera independiente, así se puede generar un informe detallado sobre las tendencias observadas.

- Interpretación cualitativa: Las preguntas abiertas (como las opciones "Otro, especifique") se analizan cualitativamente para identificar ideas o temas recurrentes en las respuestas de los encuestados. Esto permite enriquecer los resultados con aportaciones personales que no estaban contempladas en las opciones predeterminadas.

Se eligieron estos métodos porque se ajustan bien al diseño del cuestionario y permiten analizar cada respuesta por separado, para que todas aporten datos al estudio de manera significativa.

4. RESULTADOS.

4.1. Presentación de datos.

Bloque 1: Datos generales y sociodemográficos.

El sexo de los participantes es mayoritariamente femenino, el 76,9% de los encuestados son mujeres, de los cuáles en la pregunta sobre la edad al ser una pregunta libre sin rangos he decidido dividir los resultados en los siguientes tramos:

Rango de edad	Porcentaje de participantes
26 a 37 años	23,70 %
38 a 48 años	31,53 %
49 a 62 años	44,77%

La especialidad médica más representativa es la de médico de cabecera con un 71,8% de los encuestados, siendo el 28,2% restante de otras especialidades, como: medicina familiar y comunitaria, medicina del trabajo, reumatología, ...

Especialidad médica	Número de participantes
Médico de cabecera	28
Medicina familiar y comunitaria	2
Medicina del Trabajo	2
Medicina de familia	1
Médica contingencia común	1
Oncología	1
Reumatología	1

Especialidad médica	Número de participantes
Traumatología	1
Otros	2

En lo referente a los años de experiencia el mayor porcentaje, el 61,5% de los encuestados poseía más de 10 años de experiencia, y el mayor porcentaje de los encuestados trabaja en un centro de salud, el 56,4%.

Años de experiencia	Porcentaje de participantes
Más de 10 años	61,5 %
Entre 5 y 10 años	20,5 %
Menos de 5 años	17,9 %

Bloque 2: Percepción y experiencia profesional

Promedio mensual de bajas revisadas: el 59% de los encuestados revisa más de 10 bajas al mes, y del 100% de los encuestados el 94,9% ha identificado casos de simulación en bajas por discapacidad en su experiencia profesional. Estimación del porcentaje de bajas por discapacidad que podrían ser casos de simulación, según la experiencia profesional de los encuestados:

Porcentaje estimado de simulación	Porcentaje de participantes
Menos del 10 %	38,5 %
Entre el 10 % y el 30 %	43,6 %
Más del 30 %	17,9 %

En lo referente a la percepción sobre el aumento de simulación en los últimos años, existe consenso en la respuesta ya que el 69,2% de los encuestados opina que la simulación de síntomas ha aumentado en los últimos años.

El 48,7% considera que su especialidad médica afecta moderadamente su capacidad para identificar simulaciones y el 43,6% muy positivamente.

Bloque 3: Síntomas y motivaciones

Síntomas más fingidos en bajas por discapacidad según la percepción de los encuestados, siendo la ansiedad o depresión y el dolor lumbar los más mencionados.

Síntoma	Porcentaje de participantes
Ansiedad o depresión	82,1 %
Dolor lumbar	71,8 %
Fatiga crónica	41 %
Limitaciones de movilidad (cojera, rigidez muscular)	28,20 %
Problemas gastrointestinales	23,1 %
Insomnio o trastornos del sueño	12,8 %
Migrañas	7,7 %
Otros	2,6 %

En otros síntomas, los especialistas indicaron tales como: cervicalgia, rigidez cervical, mareos, dolores, fatiga, malestar general y malestar inesperado. Las motivaciones principales para fingir síntomas en las bajas por discapacidad, son la obtención de beneficios sociales o económicos (indemnización, subsidios) con un 76,9% y el estrés laboral con un 61,5%, estando el acoso laboral y los conflictos personales empatados con un 28,2%. Como otros existen respuestas como “exagerar síntomas que sí que tienen para la discapacidad, para no tener que volver a trabajar, mientras sí que podrían”, “no quieren trabajar”, ...

El 41% de los encuestados considera que en menos del 10% de los casos, la simulación está relacionada con conflictos laborales como el acoso, el 33,3% creen que entre el 10% y el 30% están relacionados con conflictos o tensiones laborales relacionados con acoso laboral, y el 25,6% de los encuestados más del 30%.

Los criterios más utilizados por los médicos para sospechar la simulación de síntomas en bajas por discapacidad son:

79,5 % - Historial de bajas repetidas sin un diagnóstico claro

66,7 % - Incoherencias en la narrativa del paciente.

59% - Resultados de pruebas médicas que no justifican los síntomas alegados.

12,8 % - Otros:

- No saben fingir la mayoría de las veces; se ponen muy nerviosos. Cambia un poco la clínica o síntomas al repetir el examen por la misma zona de otra manera. A veces se confunden.
- Observación y examen físico: criterios de magnificación. Maniobras de despistaje.
- Prolongación excesiva de las bajas
- Relato dramático de síntomas
- Vagancia, desidia, exceso de ayudas públicas...
- No recogen el tratamiento

Los encuestados destacan los siguientes factores del entorno laboral que contribuyen a que los trabajadores simulen síntomas: en primer lugar los conflictos laborales con el 71,8%, el estrés laboral con un 69,2% , condiciones laborales precarias 56,4%, la falta de apoyo emocional y psicológico el 30,8% y como otros: el bullying, la desmotivación laboral, mal pagados, mucha carga física, realizar tareas que no les corresponden a sus puestos de trabajo, muchas veces flojera y apatía, les gusta la comodidad de percibir un salario sin hacer nada,...

Los síntomas que según los profesionales son más difíciles de evaluar en cuanto a su veracidad, siendo el dolor subjetivo el más mencionado:

Síntoma	Porcentaje de participantes
Dolor subjetivo (por ej., dolor crónico)	87,2 %
Problemas emocionales o psicológicos	76,9 %
Trastornos del sueño	17,9 %

Bloque 4: Métodos de detección y limitaciones

Las herramientas que utilizan principalmente los profesionales para evaluar los casos de simulación son: en primer lugar, la observación clínica (76,9%), en segundo lugar, pruebas médicas específicas (61,5%) y entrevistas estructuradas (56,4%) y como cuestionarios o instrumentos psicométricos (5,10%). El 61,5% de los encuestados considera que los métodos actuales son eficaces en parte,

frente al 30,8% que creen que no son efectivos, solamente el 7,7% de los encuestados cree que si son efectivos.

Las principales limitaciones a las que se enfrentan los profesionales en la detección de casos sospechosos de simulación en las bajas por discapacidad son:

Limitación	Porcentaje de participantes
Falta de tiempo	66,7 %
Falta de herramientas específicas	53,8 %
Complejidad en las motivaciones de los pacientes	53,8 %
Otras	15,4 %

En otras limitaciones especificadas en la detección de casos sospechosos de simulación, especifican:

- Siendo su médico de cabecera es difícil dar un alta cuando el paciente te insiste y le vas a tener que volver a ver y se supone que tiene que haber una buena relación médico - paciente. Las bajas deberían llevarse por otra vía y no por si MAP.
- La predisposición y la falta de colaboración de los pacientes.
- Falta de colaboración del paciente.
- Falta de apoyo por inspección médica.
- Es difícil tener la certeza de q el paciente te esté mintiendo o no.
- Miedo a juzgar erróneamente.
- Rápida valoración por el especialista

Bloque 5: Impacto y soluciones

El 66,7% destaca que la simulación implica sobrecarga en los recursos médicos del sistema sanitario. El 59% opina que la simulación afecta negativamente a la confianza por parte de los pacientes en el sistema sanitario.

Las propuestas más mencionadas por los médicos, en las medidas que creen que podrían implementarse en el sistema sanitario para reducir los casos de simulación de síntomas en bajas por discapacidad, son las siguientes:

Medida propuesta	Porcentaje de participantes
Fomentar un enfoque interdisciplinario en la detección de simulación	71,8 %
Mejorar los protocolos de comunicación entre profesionales de distintas áreas	64,1 %
Desarrollar herramientas tecnológicas para evaluar casos sospechosos	53,8 %
Incrementar la formación y especialización de los profesionales	48,7 %
Otras	7,7 %

Y como otras medidas generales se especificaron las siguientes:

- Qué se lleven todas las bajas desde inspección.
- Que haya más inspecciones pasados ciertos días de baja de acuerdo a la patología que presenten. Hay lesiones que con tres días de descanso está bien y los pacientes quieren 3 meses de baja porque el dolor persiste a pesar de que no hay manifestaciones de lesión o daño y las pruebas complementarias están dentro de la normalidad.
- Más tiempo para evaluar los casos
- Poner seguimientos especiales y en caso de demostrar el fraude, sanciones importantes para que se lo piensen dos veces.
- Más personal y más tiempo
- Posibilidad de hacer estudios en primaria y derivación pronta al especialista.

4.2. Identificación de patrones: Tendencias observadas en las respuestas de los encuestados.

A partir de los datos obtenidos en la encuesta, se identificaron diversos patrones que revelan tanto características comunes entre los encuestados como tendencias relacionadas con la percepción y gestión de la simulación de síntomas en las bajas por discapacidad.

Bloque 1. Patrones demográficos y profesionales

Un primer patrón observado es la predominancia de mujeres en el ámbito médico participante, representando un 76,9% de los encuestados, así como la concentración de edades en rangos mayores, donde el 44,77% tiene entre 49 y 62 años (Santamaría Fernández et al., 2013). Esto sugiere que una mayoría de los profesionales encuestados son mujeres con una experiencia consolidada en su especialidad, lo cual se ve respaldado por el hecho de que un 61,5% cuenta con más de 10 años de trayectoria profesional (González Ordi et al., 2014). La mayoría de los profesionales trabaja en centros de salud (56,4%), y una amplia representación proviene de la especialidad de médico de cabecera (71,8%) (Mejía, 2016). Este predominio señala el papel clave de estos profesionales en la evaluación de bajas por discapacidad.

Bloque 2. Percepción y frecuencia de la simulación

Un notable patrón es el consenso general sobre la frecuencia de la simulación de síntomas. El 94,9% de los encuestados ha identificado casos de simulación en su práctica profesional, y el 69,2% coincide en que esta práctica ha aumentado en los últimos años (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013). Además, el 43,6% estima que entre el 10% y el 30% de las bajas podrían implicar casos de simulación, lo que destaca la relevancia del problema.

En cuanto al impacto de la especialidad médica, se observa una percepción moderada o positiva en la capacidad de identificar simulaciones, señalada por el 48,7% y el 43,6% de los encuestados respectivamente (Santamaría Fernández et al., 2010).

Bloque 3. Síntomas y motivaciones prevalentes

En lo relacionado con los síntomas fingidos, se identificaron patrones claros en torno a afecciones como ansiedad o depresión y dolor lumbar, siendo estos percibidos como los más frecuentemente simulados (González-Ordi et al., 2012). En cuanto a las motivaciones, los encuestados coinciden en señalar que los beneficios sociales o económicos (76,9%) y el estrés laboral (61,5%) son las razones principales detrás de la simulación. Sin embargo, un porcentaje significativo (28,2%) también vinculó esta práctica con problemas como el acoso laboral o conflictos personales, lo cual resalta la influencia del entorno laboral en este fenómeno (Capilla-Ramírez et al., 2015).

Bloque 4. Métodos y limitaciones en la detección

Respecto a los métodos de detección, destaca el uso predominante de la observación clínica (76,9%), seguida de pruebas médicas específicas (61,5%) y

entrevistas estructuradas (56,4%) (Santamaría Fernández et al., 2013). No obstante, un patrón comúnmente mencionado es la percepción de limitaciones en los métodos actuales, con un 61,5% considerando que solo son parcialmente efectivos. Estas limitaciones incluyen factores como la falta de colaboración del paciente, la presión por mantener una buena relación médico-paciente y la dificultad para obtener certezas absolutas sobre la simulación (Mejía, 2016).

Bloque 5. Impacto y propuestas de mejora

Finalmente, los encuestados identificaron un impacto significativo de la simulación sobre los recursos médicos del sistema sanitario (66,7%) y la confianza en el sistema por parte de los pacientes (59%) (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013). Entre las soluciones propuestas, se observan patrones de consenso en la necesidad de mayor control por parte de la inspección médica, sanciones ejemplares para casos de fraude y más tiempo y personal para evaluar casos sospechosos (Santamaría Fernández et al., 2010).

5. DISCUSIÓN

5.1. Interpretación de los resultados.

Los resultados del estudio se alinean significativamente con los objetivos planteados, proporcionando una visión completa de la simulación de síntomas en bajas por discapacidad desde las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud.

El fenómeno de la simulación afecta directamente la calidad de los diagnósticos médicos y la administración de los recursos del sistema sanitario, tal como se señala en los objetivos. Los encuestados han identificado una alta incidencia de casos de simulación en su práctica profesional (94,9%) y han expresado que este fenómeno ha aumentado en los últimos años (Santamaría Fernández et al., 2013). Esta tendencia confirma que el desafío señalado en los objetivos es una preocupación real y creciente en el ámbito médico (González Ordi et al., 2014). Uno de los objetivos era examinar el papel crucial de los médicos de cabecera, neurólogos, psicólogos y otros especialistas en la detección de la simulación de síntomas. Los resultados destacan la predominancia de los médicos de cabecera en la muestra (71,8%), quienes reportaron utilizar herramientas como la observación clínica (76,9%) y pruebas médicas específicas (61,5%) en la identificación de casos sospechosos (Mejía, 2016). Sin embargo, las limitaciones

mencionadas, como la presión de mantener una relación médico-paciente positiva y la falta de herramientas avanzadas, señalan la necesidad de fortalecer sus capacidades y recursos, como se establece en los objetivos (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013).

El análisis de los medios disponibles para detectar simulación, incluido el uso de entrevistas estructuradas y cuestionarios psicométricos, muestra que los métodos actuales son percibidos como parcialmente eficaces por un 61,5% de los encuestados (Santamaría Fernández et al., 2013). Esto refleja la necesidad de explorar herramientas avanzadas que sean más objetivas y precisas, tal como se propuso en los objetivos específicos (Capilla-Ramírez et al., 2015).

El estudio permitió cuantificar el alcance percibido de la simulación. Un 43,6% de los encuestados estima que entre el 10% y el 30% de las bajas podrían ser simuladas, y un porcentaje similar observa que ciertos síntomas, como ansiedad o depresión y dolor lumbar, son más difíciles de evaluar en términos de veracidad (González-Ordi et al., 2012). Estos resultados proporcionan un marco claro para entender la magnitud del problema y las posibles áreas de intervención.

Otro objetivo específico era analizar los motivos detrás de la simulación. Los datos revelan que las principales motivaciones incluyen la obtención de beneficios sociales o económicos (76,9%) y el estrés laboral (61,5%), con el acoso laboral y conflictos personales mencionados por el 28,2% de los encuestados (Mejía, 2016). Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar el entorno laboral y sus influencias en el fenómeno de la simulación.

Los resultados reflejan que la simulación tiene un impacto significativo en la credibilidad del sistema sanitario (59%) y en la sobrecarga de sus recursos (66,7%) (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013). Este hallazgo se conecta directamente con el objetivo de evaluar cómo el fenómeno afecta el bienestar de los pacientes legítimos y propone estrategias para mitigar este impacto (Santamaría Fernández et al., 2010).

Finalmente, las recomendaciones proporcionadas por los encuestados, como un mayor control desde inspección médica, sanciones ejemplares por fraude y más personal dedicado a estos casos, refuerzan la necesidad de adoptar medidas que no solo aborden la simulación, sino que también fortalezcan la confianza y eficiencia del sistema sanitario. Esto cumple con el objetivo de proponer estrategias efectivas basadas en la experiencia de los profesionales.

5.2. Comparativa con estudios previos.

Los resultados de este estudio nos revelan tanto similitudes como diferencias en comparación con investigaciones anteriores. Esto nos proporciona una visión más completa y enriquecedora sobre el fenómeno de la simulación de síntomas para obtener bajas por discapacidad.

Este estudio respalda investigaciones anteriores que evidencian una alta prevalencia de la simulación de síntomas en las bajas por discapacidad. Los hallazgos obtenidos refuerzan la importancia de abordar este fenómeno, dado su impacto en el ámbito laboral y sanitario (Santamaría Fernández et al., 2013). En esta misma línea, el trabajo aquí presentado refleja que entre el 10% y el 30% de las bajas médicas podrían ser sospechosas de simulación, con un promedio de casos sospechosos del 43,6%. Estos resultados refuerzan la importancia de estudiar este fenómeno en el ámbito nacional (González-Ordi et al., 2014).

Los trastornos musculoesqueléticos, como la lumbalgia, cervicalgia crónica y la fibromialgia, así como los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, son patologías identificadas comúnmente como simuladas según investigaciones previas (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013). El estudio complementa esta información al incluir otros síntomas como rigidez cervical, mareos, dolores y malestar general, que también fueron mencionados frecuentemente por los encuestados.

En cuanto a herramientas para la detección, investigaciones anteriores han destacado la fiabilidad del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS), que demuestra una sensibilidad del 82% y una especificidad del 93% (Capilla-Ramírez et al., 2015). Los datos obtenidos en este trabajo también señalan la necesidad de contar con instrumentos avanzados, ya que más de la mitad de los encuestados (61,5%) considera que los métodos actuales son solo parcialmente eficaces (Gervais et al., 2001).

Por último, las motivaciones detrás de la simulación de síntomas también son coincidentes con estudios anteriores, identificándose a las personas que simulan síntomas con individuos que buscan beneficios sociales o económicos (76,9%), por lo que prolongan los síntomas iniciales. Además, este estudio resalta el estrés laboral como una motivación importante (61,5%), en sintonía con los factores psicológicos y sociales mencionados por la bibliografía existente (Mejía, 2016).

Este trabajo aporta perspectivas novedosas respecto a investigaciones anteriores. Una de las diferencias más notables radica en la percepción del incremento de casos de simulación. Mientras que muchos de los estudios previos no evalúan directamente este fenómeno, la investigación actual revela que el 69,2% de los profesionales percibe que la simulación ha aumentado en los últimos años (Santamaría Fernández et al., 2013). Este hallazgo podría estar relacionado con cambios recientes en el contexto laboral, como la precarización del empleo y los efectos de la pandemia.

Aunque sí que existen estudios e investigaciones previas que hacen hincapié en que, según los resultados, la simulación de síntomas está incrementando con el paso del tiempo, como son:

1. Detección de la simulación de síntomas neurológicos: Este estudio menciona que el contexto de crisis económica puede ser un factor que fomente el aumento de casos de simulación. Se presenta un caso clínico y se analiza con herramientas como el SIMS, que ayuda a detectar patrones de simulación en pacientes con síntomas psicológicos y neurocognitivos (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013).
2. Prevalencia de la simulación en las bajas laborales: Un estudio con profesionales de la salud: Este estudio explora cómo los profesionales perciben la simulación en bajas laborales y qué estrategias utilizan para detectarla. Los resultados sugieren que la simulación de síntomas está aumentando, especialmente en patologías como la lumbalgia y la fibromialgia (Capilla-Ramírez et al., 2015).

Otro aspecto diferenciador es el análisis detallado del impacto del entorno laboral y el acoso. Aunque la literatura reconoce la influencia de factores laborales en la simulación, este estudio profundiza en cómo el acoso laboral y los conflictos interpersonales actúan como motivadores. En concreto, un 28,2% de los encuestados identifica el acoso como un factor relevante, destacando la necesidad de un análisis más exhaustivo en futuras investigaciones (González-Ordi et al., 2012).

Por último, cabe destacar las diferencias en las preferencias por métodos de evaluación. Aunque los estudios anteriores destacan herramientas psicométricas como el SIMS, los profesionales consultados en este trabajo tienden a priorizar la observación clínica (76,9%) y las pruebas médicas específicas (61,5%) (Mejía,

2016). También hay que reseñar que el 66,7% de los encuestados señalan como una de las limitaciones más importantes a la hora de la detección de casos sospechosos de simulación la falta de tiempo (Santamaría Fernández et al., 2013).

5.3. Retos y áreas problemáticas: Obstáculos detectados y posibles soluciones.

La percepción de la simulación de síntomas en bajas laborales es alarmantemente alta. Según los datos recabados, el 94,9% de los profesionales encuestados afirmó haber identificado, en algún momento de su carrera, al menos un caso de simulación. Además, el 43,6% estima que entre el 10% y el 30% de las bajas que revisan podrían estar relacionadas con esta práctica (Santamaría Fernández et al., 2013). Estas cifras reflejan la envergadura del problema y ponen de manifiesto los desafíos que enfrenta el sistema para gestionarlo de manera efectiva.

A pesar de los esfuerzos, el 61,5% de los profesionales considera que los métodos actuales para detectar la simulación son solo parcialmente eficaces. Factores como el historial de bajas repetidas (79,5%), incoherencias en la narrativa del paciente (66,7%) y resultados médicos no concluyentes (59%) son los criterios más utilizados, pero estos presentan limitaciones que pueden llevar a diagnósticos poco precisos (González-Ordi et al., 2014).

El estrés laboral (69,2%), los conflictos en el entorno de trabajo (71,8%) y las condiciones laborales precarias (56,4%) se señalan como los principales factores que contribuyen a la simulación de síntomas (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013). Estos elementos no solo dificultan la evaluación, sino que también pueden intensificar los síntomas reales, complicando aún más su validación.

Como posibles soluciones a todos los obstáculos detectados, cabe la posibilidad de fortalecer la formación y los recursos, capacitando a los profesionales en el uso de herramientas como el SIMS, y garantizando el acceso a recursos y tiempo suficientes para poder evaluar cada caso de manera adecuada (Capilla-Ramírez et al., 2015).

Optimizar los métodos de evaluación, estableciendo protocolos claros que combinen la observación clínica con pruebas médicas específicas y entrevistas estructuradas, permitiría una identificación más precisa de los casos de

simulación (Mejía, 2016). Además, se podrían diseñar intervenciones en los entornos laborales para reducir el estrés, los conflictos y las condiciones precarias que pueden motivar la simulación (Santamaría Fernández et al., 2013). Como enfoque interdisciplinario, sería necesario promover la colaboración entre médicos, psicólogos y otros especialistas para abordar los casos desde una perspectiva integral, facilitando derivaciones rápidas a especialistas para casos complejos que necesiten una evaluación más detallada (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013).

6. CONCLUSIONES

6.1. Resumen de hallazgos principales.

Este estudio ha permitido profundizar en el fenómeno de la simulación de síntomas en bajas laborales desde una perspectiva profesional. Los resultados obtenidos revelan varios hallazgos clave:

1. Prevalencia de la simulación de síntomas, el 94,9% de los profesionales encuestados afirmaban haber detectado casos de simulación y un 43,6% estimaban que entre un 10% y un 30% de las bajas revisadas podrían estar asociadas a esta práctica.
2. Incremento percibido de casos en los últimos años: el 69,2% de los encuestados señala que la simulación de síntomas ha aumentado recientemente, lo que refleja una tendencia preocupante vinculada posiblemente a factores laborales y sociales actuales.
3. Patologías y motivaciones principales: síntomas más fingidos en las bajas por discapacidad son los trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, seguidas del dolor lumbar. Las principales razones detrás de esta práctica son la obtención de beneficios económicos o sociales (76,9%) y el estrés laboral (61,5%), con otros factores como el acoso laboral o los conflictos personales o familiares (28,2%).
4. Limitaciones en la detección: los profesionales se enfrentan a problemas en la detección de simulación de síntomas, tales como la falta de tiempo y la falta de herramientas adecuadas, ya que, aunque los métodos actuales, como la observación clínica y las pruebas específicas, son útiles, el 61,5% de los encuestados considera que su eficacia es parcial.

5. Impacto en el sistema sanitario: la sobrecarga de recursos médicos y afecta a la confianza en el sistema por parte de los pacientes, lo que indica la importancia de abordar este problema para garantizar la eficiencia y credibilidad del sistema sanitario.

En resumen, estos resultados ofrecen una idea muy clara sobre la magnitud del problema, sus consecuencias y los desafíos que plantea la simulación de síntomas, señalando además qué aspectos deben mejorarse y dónde es más urgente intervenir.

6.2. Implicaciones prácticas. Recomendaciones para profesionales de la salud.

Este estudio no solo resalta el alcance del problema de la simulación de síntomas, sino que también plantea la necesidad de adaptar y mejorar las prácticas de los profesionales de la salud para enfrentarlo de manera más efectiva.

Los médicos y especialistas son clave para detectar y manejar casos de simulación de síntomas. Es esencial que reciban formación en técnicas más precisas y tengan acceso a herramientas modernas que faciliten su trabajo diario. Además, sería muy útil que estas capacitaciones también se enfoquen en fortalecer el análisis crítico y en mejorar la comunicación con los pacientes, permitiendo tratar cada caso con empatía y profesionalidad.

Un punto fundamental es fomentar la colaboración entre distintas disciplinas. Crear equipos integrados donde médicos, psicólogos y otros especialistas puedan intercambiar ideas y enfoques ayudaría a perfeccionar los métodos de evaluación y ofrecer un apoyo más completo en los casos más difíciles. Este tipo de trabajo conjunto no solo facilitaría la detección de simulaciones, sino que también reforzaría la confianza en los diagnósticos realizados.

Las implicaciones en el ámbito laboral son obvias. Los profesionales de la salud tienen que participar creando entornos de trabajo más sanos, en proyectos que ayuden a reducir el estrés y fomenten el bienestar emocional de los empleados. Esto también implica trabajar de la mano con empresas y autoridades laborales para detectar y abordar los factores que pueden llevar a la simulación de síntomas.

Finalmente es clave que promuevan iniciativas que permitan acceder a recursos y herramientas que hagan las evaluaciones más rápidas y efectivas, ayudando a los profesionales a aliviar la carga administrativa y la presión de su día a día. Esto podría incluir la creación de plataformas digitales para gestionar los casos de forma más eficiente, así como participar en proyectos piloto que incluyan sanciones ejemplares para los casos de fraude demostrados.

6.3. Propuestas futuras: Sugerencias para continuar con la investigación del fenómeno.

Aunque existen numerosos estudios sobre la simulación de síntomas en bajas laborales es evidente que aún queda mucho por explorar para poder hacer frente y conocer sus causas, implicaciones y posibles soluciones de manera integral. Aquí propongo líneas de investigación futuras, basadas en el análisis de investigaciones existentes y la identificación de áreas insuficientemente estudiadas.

Si bien estudios previos han aportado datos significativos sobre la prevalencia y características de la simulación de síntomas (Santamaría Fernández et al., 2013), sobre la percepción de los profesionales de la salud en patologías simuladas, resulta necesario ampliar las muestras estudiadas. Es crucial recoger muestras en los diferentes sectores laborales, contextos culturales y niveles socioeconómicos para captar mejor la diversidad del problema.

Explorar el uso de nuevas tecnologías en la detección podría ser una vía prometedora para mejorar la identificación de casos de simulación. Estudios anteriores han señalado el potencial de la inteligencia artificial en el análisis de patrones de comportamiento (González-Ordi et al., 2012). Usar modelos predictivos que integren datos médicos y laborales podría hacer que la detección de simulaciones sea más precisa y eficiente.

Analizar factores psicológicos y sociales con mayor profundidad también es clave. Aunque existen investigaciones que han estudiado las motivaciones detrás de la simulación (Blasco Saiz & Pallardó Durá, 2013), es muy importante investigar más a fondo en aspectos menos evidentes, como la influencia de las dinámicas familiares, las percepciones sociales sobre el sistema sanitario y las condiciones emocionales de los trabajadores. Estos estudios podrían ayudar a diseñar intervenciones preventivas más efectivas.

Evaluar el impacto en el sistema sanitario y laboral es fundamental, ya que la simulación tiene consecuencias importantes en términos de recursos sanitarios, costos económicos y confianza en el sistema. Trabajos previos han estimado el impacto económico de las bajas laborales prolongadas (Capilla-Ramírez et al., 2015). Es importante que futuras investigaciones estudien cómo la simulación de síntomas influye en la relación entre médicos y pacientes, así como en el bienestar de aquellos pacientes que realmente necesitan atención.

Crear estrategias preventivas e iniciativas en el entorno laboral también es una prioridad. Las investigaciones futuras deberían enfocarse en diseñar y evaluar medidas concretas, como programas para fomentar el bienestar en el trabajo, campañas que conciencien sobre el problema y normativas que ayuden a reducir la incidencia de simulaciones (Mejía, 2016).

Por último, es importante investigar el marco legal y ético relacionado con la simulación de síntomas. Aunque algunos estudios ya han abordado las consecuencias legales (Santamaría Fernández et al., 2013), es necesario profundizar en cómo estas normativas pueden equilibrar la protección de los pacientes legítimos y los profesionales de la salud, a la vez que desincentivan comportamientos fraudulentos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Blasco Saiz, J. L., & Pallardó Durá, L. (2013). Evaluación de la simulación de síntomas en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 24(3), 177-183.
- Blasco Saiz, J. L., & Pallardó Durá, L. (2013). Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico-legal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 24(3), 177-183.
- Bloom, D. E., et al. (2012). Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. World Economic Forum.
- Capilla-Ramírez, P., Santamaría Fernández, P., & González-Ordi, H. (2015). Influencia del entorno laboral en la simulación de síntomas en bajas por discapacidad. *Psicología y Salud*, 17(2), 93-107.
- Chafetz, M. D. (2008). Malingering on disability evaluations: A model for detection. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 407-417.
- Díaz Salazar, C. E. (2014). La simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(235), 379-391. Recuperado de Dialnet. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000200010
- Domínguez Muñoz, A., López Pérez, R., Gordillo León, F. Pérez-Nieto, M.Á., & Gómez Álvarez, A. (2013). Distorsión clínica simulación en la incapacidad temporal: Un estudio preliminar. *Fundación Universitaria Behavior & Law*.
- Gervais, R. O., Green, P., Allen, L. M., & Iverson, G. L. (2001). Effects of coaching on symptom validity testing in patients with fibromyalgia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(5), 609-617.
- González Ordi, H., Santamaría Fernández, P., & Fernández Marín, M. P. (2011). Detección de la simulación en el contexto médico-legal. *Infocop*. Recuperado de Infocop. <https://www.infocop.es/deteccion-de-la-simulacion-en-el-contexto-medicolegal/>
- González-Ordi, H., Santamaría Fernández, P., & Blasco Saiz, J. L. (2012). Evaluación de síntomas simulados en el contexto forense. *Revista de Psicología Aplicada*, 28(1), 45-60.

- Jáuregui Lobera, I. (2018). Análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal. *Journal of Negative and No Positive Results (JONNPR)*, 3(1), 15-39.
- Mejía, O. (2016). Simulación y exageración de síntomas: Utilidad del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering and exaggeration of symptoms in forensic evaluations. *Journal of Forensic Sciences*, 42(3), 515-523.
- Santamaría Fernández, P., González-Ordi, H., Capilla-Ramírez, P., Blasco Saiz, J. L., & Pallardó Durá, L. (2010). La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF. VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España.
- https://web.teaediciones.com/ejemplos/exageracion_mmpi-2-rf.pdf
- Santamaría Fernández, P., Capilla Ramírez, P., & González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151. Recuperado de Elsevier.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000300002
- Santamaría Fernández, P., Capilla Ramírez, P., & González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 177-183. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000300002
- Santamaría Fernández, P. (2014). Utilidad diagnóstica del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) en población española. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de Dialnet. <https://www.eutox.com/noticias/prevalencia-de-simulacion-en-incapacidad-temporal-percepcion-de-los-profesionales-de-la-salud/>
- Schmand, B., Lindeboom, J., & van Harskamp, F. (1998). Cognitive decline and malingering in the elderly. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(1), 81-92.

- Servilegal Abogados. (2023). Simulación de baja médica y documentación fraudulenta. Grupo Servilegal. Recuperado de Grupo Servilegal. <https://www.gruposervilegal.com/simulacion-de-baja-medica-y-documentacion-fraudulenta/>
- Stevens, A., Friedel, E., & Meier, C. (2008). Detection of malingering in disability claims. *Neuropsychology Review*, 18(2), 132-146.
- World Health Organization. (2011). World Report on Disability. WHO Press.

8. ANEXOS

8.1. Ejemplo de encuesta aplicada.

Encuesta sobre la simulación de síntomas en bajas por discapacidad.

¡Hola! Te agradecemos por considerar participar en esta encuesta. Tu colaboración es fundamental para el desarrollo de nuestra investigación.

Objetivo de la Encuesta:

El objetivo de esta encuesta es recopilar información sobre la percepción, experiencia y métodos de detección que utilizan los profesionales de la salud en relación con la simulación de síntomas en bajas por discapacidad. A través de tus respuestas, buscamos entender mejor cómo se aborda este fenómeno en el ámbito de la salud, lo que nos permitirá contribuir al desarrollo de mejores prácticas y políticas en este campo.

Procedimiento:

La encuesta consta de una serie de preguntas que te invitan a compartir tu experiencia y opinión sobre el tema. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que nos interesa es tu perspectiva personal. La duración estimada para completar la encuesta no le llevará más de un par de minutos.

Confidencialidad:

Queremos asegurarte que tu participación es completamente anónima. No se recopilará ninguna información que pueda identificarte personalmente. Todos los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y se utilizarán exclusivamente para fines de investigación académica. Los resultados se presentarán de forma agregada, garantizando que no se pueda identificar a ningún participante individualmente.

Voluntariedad:

Tu participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Tienes el derecho de decidir no participar o de retirarte en cualquier momento durante la encuesta sin que esto afecte tu relación con el estudio o con cualquier institución.

Consentimiento:

Al continuar con esta encuesta, confirmas que has leído y comprendido la información proporcionada y que aceptas participar en este estudio. Si tienes alguna pregunta o inquietud sobre la encuesta o el uso de tus datos, no dudes en ponerte en contacto.

Agradecimiento:

Agradecemos sinceramente tu tiempo y disposición para participar en esta investigación. Tu contribución es invaluable y ayudará a mejorar la comprensión de este importante tema en el ámbito de la salud.

Bloque 1: Datos generales y sociodemográficos.

Bloque 1: Datos generales y sociodemográficos

1. Sexo:
 - ☐ Hombre
 - ☐ Mujer
 - ☐ Prefiero no responder
2. Edad:
 - ☐ Respuesta corta (número)
3. a. Especialidad médica:
 - ☐ Médico de cabecera
 - ☐ Neurólogo
 - ☐ Psicólogo
 - ☐ Otro (especifique): indique en la siguiente pregunta
3. b. Especialidad médica: Otro (especifique)
4. Años de experiencia en su especialidad:
 - ☐ Menos de 5 años
 - ☐ 5-10 años
 - ☐ Más de 10 años
5. Tipo de centro en el que trabaja:
 - ☐ Centro de salud
 - ☐ Hospital público
 - ☐ Mutua

Bloque 2: Percepción y experiencia profesional

6. ¿Cuántas bajas por discapacidad revisa mensualmente en promedio?
 - ☐ Menos de 5
 - ☐ 5-10
 - ☐ Más de 10
7. ¿Ha identificado casos de simulación en bajas por discapacidad en su experiencia profesional?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
8. ¿En qué porcentaje estima que las bajas por discapacidad podrían ser casos de simulación?
 - ☐ Menos del 10%
 - ☐ Entre el 10% y el 30%
 - ☐ Más del 30%
9. ¿Considera que la simulación de síntomas ha aumentado en los últimos años?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro/a

10. ¿Cómo afecta su especialidad médica a su capacidad para identificar simulación de síntomas?

- ☐ Muy positivamente
- ☐ Moderadamente
- ☐ No influye

Bloque 3: Síntomas y motivaciones

11. a. ¿Cuáles considera que son los síntomas más fingidos en las bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

- ☐ Dolor lumbar
- ☐ Migrañas
- ☐ Fatiga crónica
- ☐ Ansiedad o depresión
- ☐ Problemas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas)
- ☐ Insomnio o trastornos del sueño
- ☐ Limitaciones de movilidad (cojera, rigidez muscular)
- ☐ Otro (especifique): indique en la siguiente pregunta

11. b. Síntomas más fingidos: Otro (especifique):

12. a. ¿Cuáles son los principales motivos para fingir síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción)

- ☐ Beneficios sociales o económicos (indemnización, subsidios)
- ☐ Estrés laboral
- ☐ Acoso laboral
- ☐ Conflictos familiares o personales
- ☐ Otros (especifique): _____

12. b. Principales motivos: Otro (especifique):

13. ¿Qué porcentaje de bajas con simulación de síntomas, cree que están motivadas por conflictos o tensiones laborales relacionados con acoso laboral?

- ☐ Ninguna
- ☐ Menos del 10%
- ☐ Entre el 10% y el 30%
- ☐ Más del 30%

14. a. ¿Cuáles son los criterios principales que utiliza para sospechar simulación de síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

- ☐ Incoherencias en la narrativa del paciente
- ☐ Resultados de pruebas médicas que no justifican los síntomas alegados.
- ☐ Cambios observados en el comportamiento del paciente durante las evaluaciones
- ☐ Historial de bajas repetidas sin un diagnóstico claro

- ☐ Otros (especifique): _____

4. b. Criterios principales: Otro (especifique):

15. a. ¿Qué aspectos del entorno laboral considera que contribuyen a que los trabajadores simulen síntomas? (puede marcar más de una opción):

- ☐ Conflictos laborales
- ☐ Estrés laboral
- ☐ Falta de apoyo emocional y psicológico
- ☐ Condiciones laborales precarias
- ☐ Otros (especifique): _____

15. b. Aspectos del entorno laboral: Otro (especifique):

16. ¿Qué síntomas específicos cree que son más difíciles de evaluar en cuanto a su veracidad? (puede marcar más de una opción):

1. ☐ Dolor subjetivo (p. ej., dolor crónico)
2. ☐ Problemas emocionales o psicológicos
3. ☐ Trastornos del sueño
4. ☐ Otros (especifique): _____

16. b. Síntomas específicos: Otro (especifique):

Bloque 4: Métodos de detección y limitaciones

17. ¿Qué herramientas utiliza principalmente para evaluar casos de simulación? (puede marcar más de una opción):

- ☐ Entrevistas estructuradas
- ☐ Pruebas médicas específicas
- ☐ Observación clínica
- ☐ Cuestionarios o instrumentos psicométricos

18. ¿Considera que los métodos actuales para detectar simulación son efectivos?

- ☐ Sí
- ☐ En parte
- ☐ No

19. ¿Qué limitaciones enfrenta en la detección de casos sospechosos de simulación? (puede marcar más de una opción)

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Falta de herramientas específicas
- ☐ Complejidad en las motivaciones de los pacientes
- ☐ Otros (especifique): _____

19. b. Limitaciones en la detección: Otro (especifique):

Bloque 5: Impacto y soluciones

20. ¿Qué impacto tiene la simulación en los recursos médicos del sistema sanitario?

- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo

21. ¿Cree que la simulación afecta la confianza en el sistema sanitario por parte de los pacientes?

- ☐ Sí
- ☐ Moderadamente
- ☐ No

22. ¿Qué medidas generales cree que podrían implementarse en el sistema sanitario para reducir los casos de simulación de síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

- ☐ Incrementar la formación y especialización de los profesionales
- ☐ Desarrollar herramientas tecnológicas para evaluar casos sospechosos
- ☐ Fomentar un enfoque interdisciplinario en la detección de simulación
- ☐ Mejorar los protocolos de comunicación entre profesionales de distintas áreas
- ☐ Otros (especifique): _____

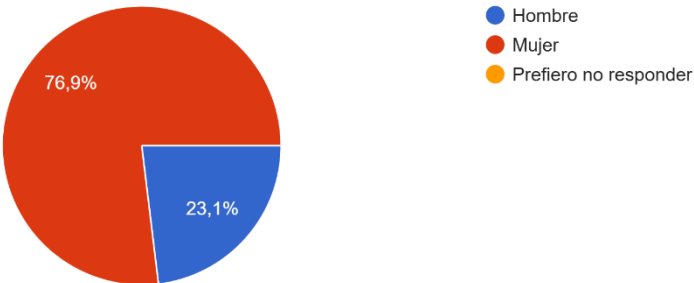
22. b. Medidas generales: Otro (especifique):

8.2. Respuestas de la encuesta.

Bloque 1: Datos generales y sociodemográficos.

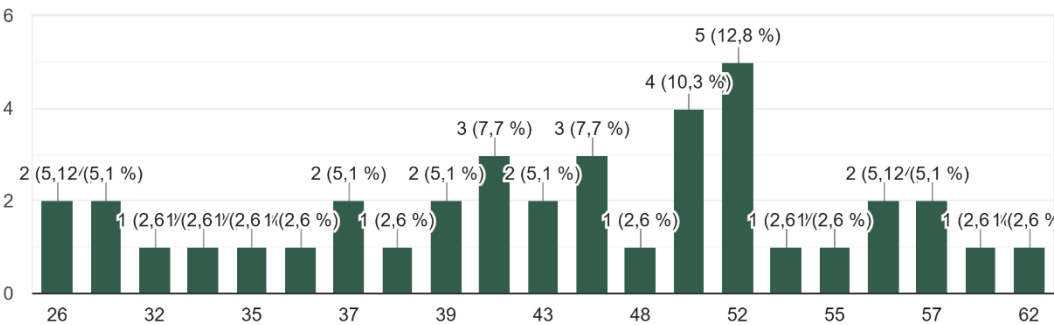
1. Sexo:

39 respuestas



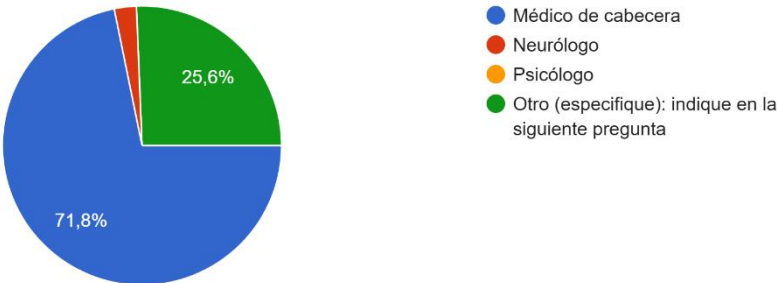
2. Edad:

39 respuestas



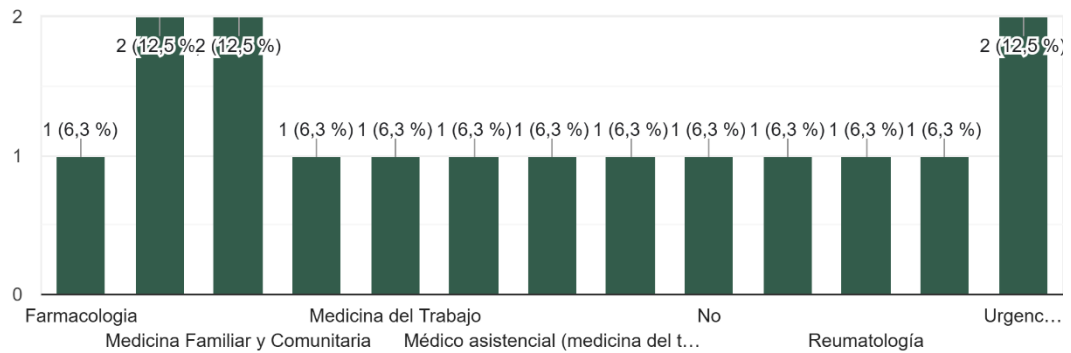
3a. Especialidad médica:

39 respuestas



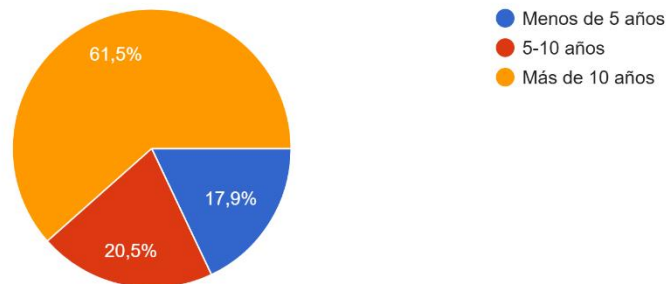
3b. Especialidad médica: Otro (especifique)

16 respuestas



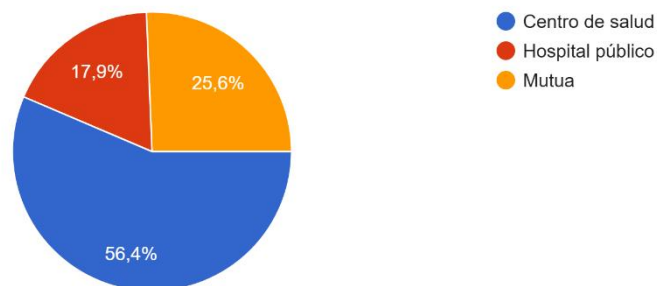
4. Años de experiencia en su especialidad:

39 respuestas



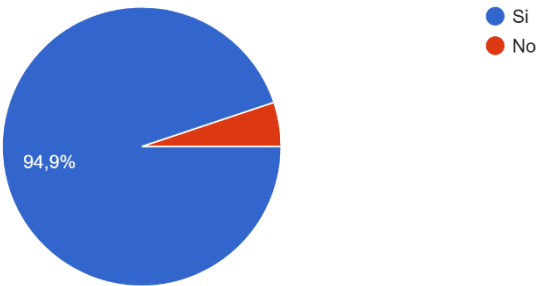
5. Tipo de centro en el que trabaja:

39 respuestas

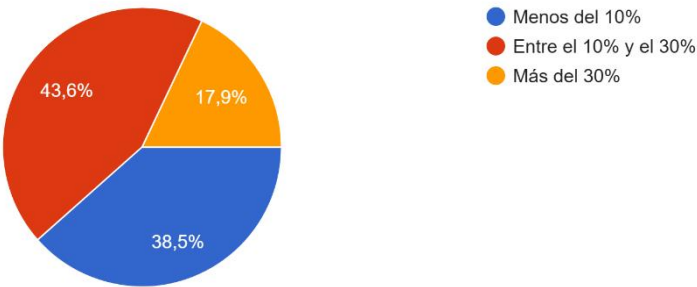


Bloque 2: Percepción y experiencia profesional.

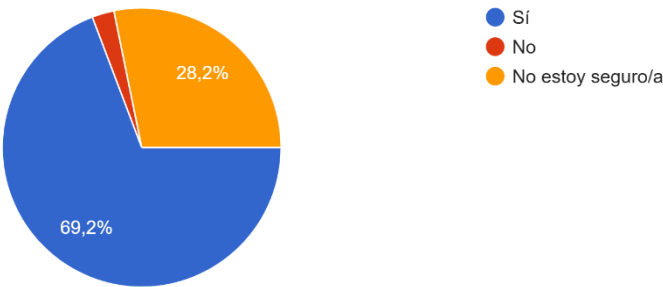
7. ¿Ha identificado casos de simulación en bajas por discapacidad en su experiencia profesional?
39 respuestas



8. ¿En qué porcentaje estima que las bajas por discapacidad podrían ser casos de simulación?
39 respuestas

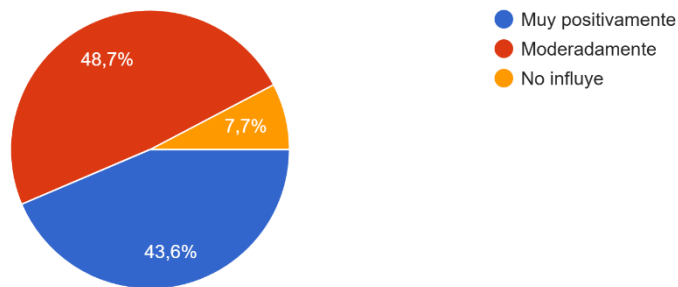


9. ¿Considera que la simulación de síntomas ha aumentado en los últimos años?
39 respuestas



10. ¿Cómo afecta su especialidad médica a su capacidad para identificar simulación de síntomas?

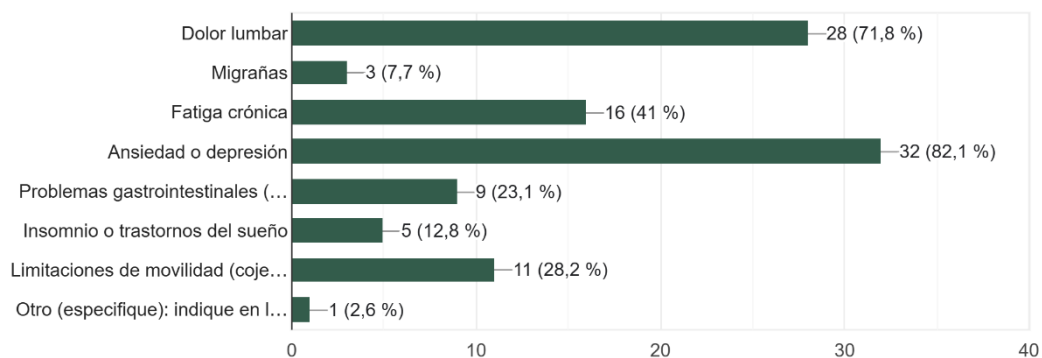
39 respuestas



Bloque 3: Síntomas y motivaciones.

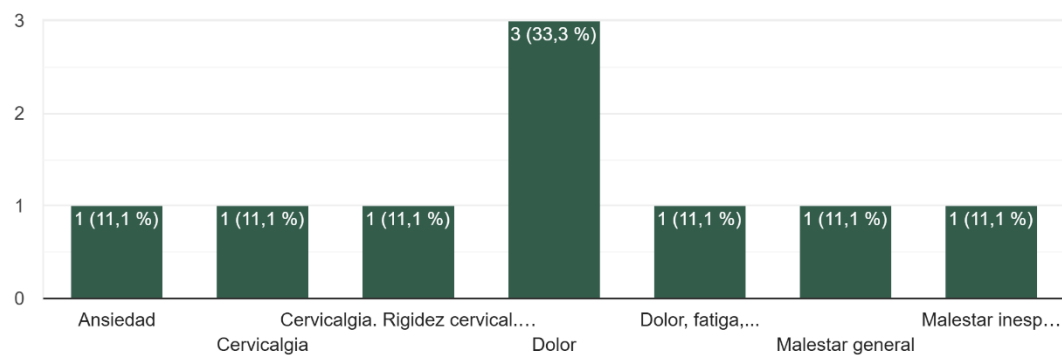
11a. ¿Cuáles considera que son los síntomas más fingidos en las bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



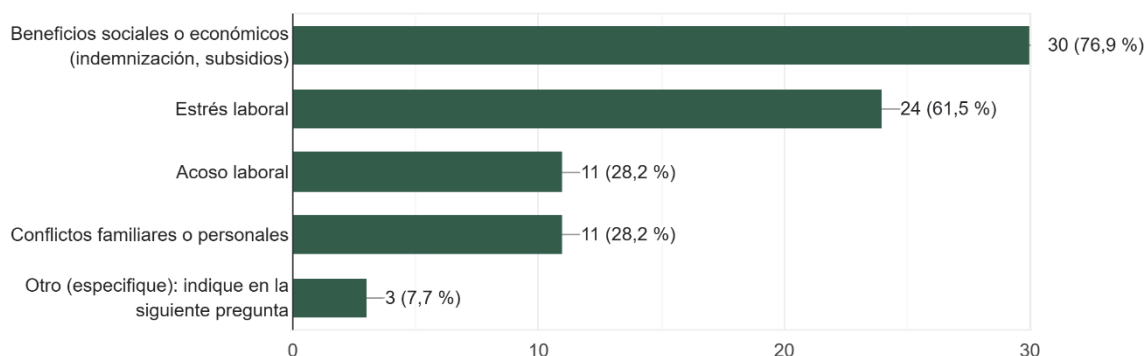
11b. Síntomas más fingidos: Otro (especifique)

9 respuestas



12. ¿Cuáles son los principales motivos para fingir síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



12b. Principales motivos: Otro (especifique)

Exagerar síntomas que sí que tienen para la discapacidad para no tener que volver a trabajar, mientras sí que podrían.

No les gusta la actividad que realizan. Quieren menos esfuerzos. Menos actividades.

La mayoría de la gente no tiene tolerancia a la frustración, no saben gestionar o solucionar problemas del día a día. Quieren dinero rápido y sin esfuerzo.

No querer trabajar.

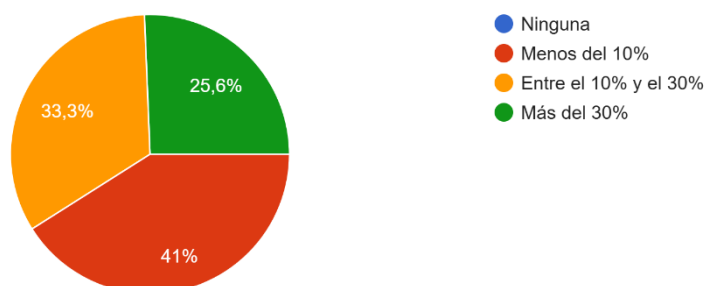
Stress.

Problemas de conciliación familiar.

Estudios de oposiciones, viajes, acompañamiento de la pareja.

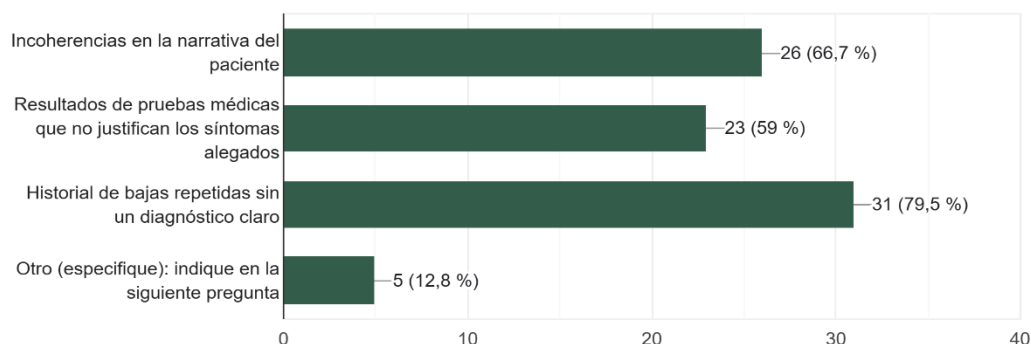
13. ¿Qué porcentaje de bajas con simulación de síntomas, cree que están motivadas por conflictos o tensiones laborales relacionados con acoso laboral?

39 respuestas



14a. ¿Cuáles son los criterios principales que utiliza para sospechar simulación de síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



14b. Criterios principales: Otro (especifique):

No saben fingir la mayoría de las veces; se ponen muy nerviosos. Cambia un poco la clínica o síntomas al repetir el examen por la misma zona de otra manera. A veces se confunden.

Observación y examen físico: criterios de magnificación. Maniobras de despistaje.

Prolongación excesiva de las bajas.

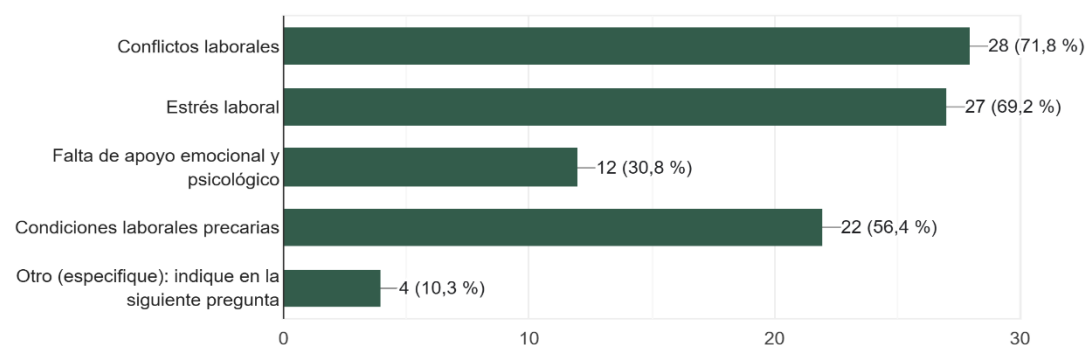
Relato dramático de síntomas.

Vagancia, desidia, exceso de ayudas públicas, ...

No recogen el tratamiento.

15a. ¿Qué aspectos del entorno laboral considera que contribuyen a que los trabajadores simulen síntomas? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



15b. Aspectos del entorno laboral: Otro (especifique):

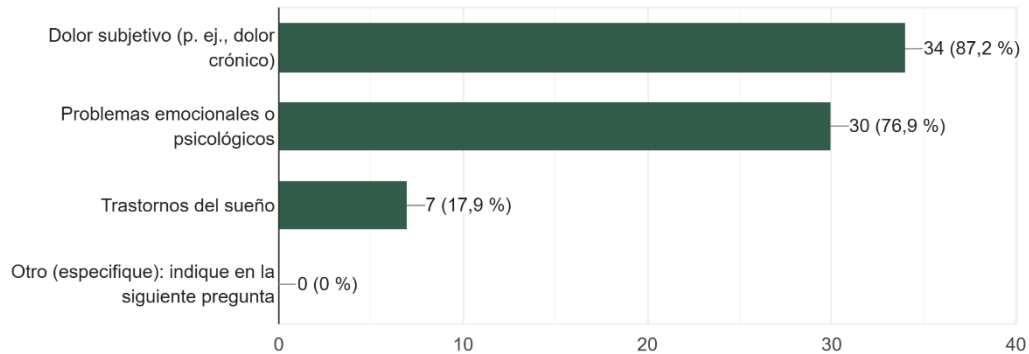
Mal pagados. Mucha carga física. Realizar tareas que no les corresponden a sus puestos de trabajo. Muchas veces flojera y apatía. Les gusta la comodidad de percibir un salario sin hacer nada.

Bullying.

Desmotivación laboral.

16a. ¿Qué síntomas específicos cree que son más difíciles de evaluar en cuanto a su veracidad? (puede marcar más de una opción):

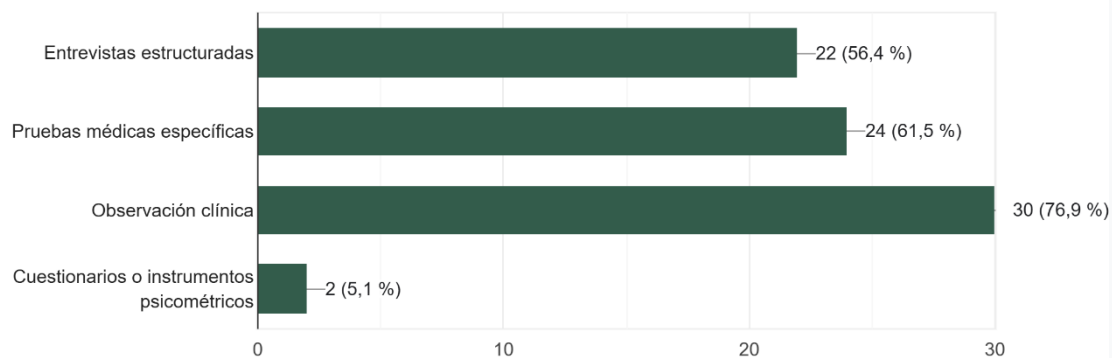
39 respuestas



Bloque 4: Métodos de detección y limitaciones.

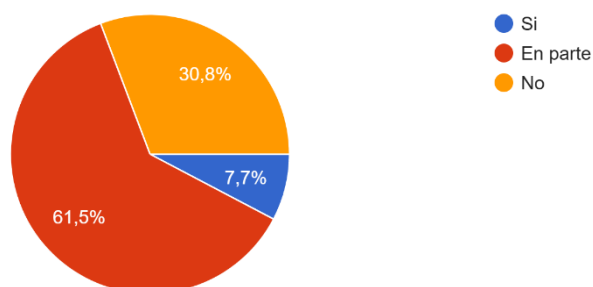
17. ¿Qué herramientas utiliza principalmente para evaluar casos de simulación? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



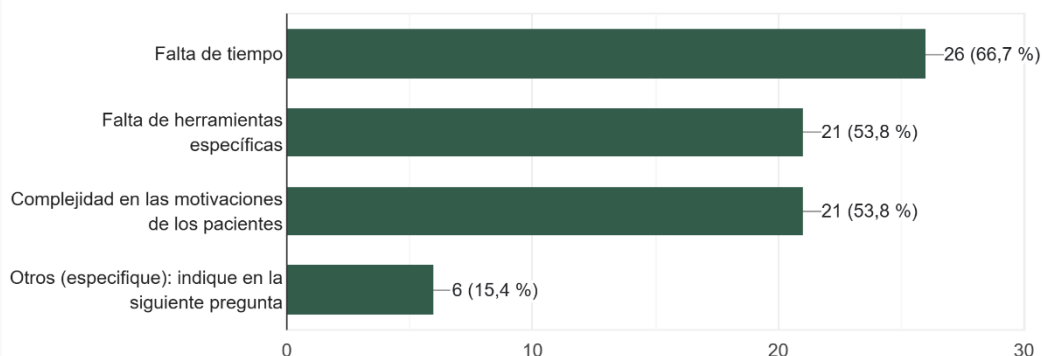
18. ¿Considera que los métodos actuales para detectar simulación son efectivos?

39 respuestas



19a. ¿Qué limitaciones enfrenta en la detección de casos sospechosos de simulación? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



19b. Limitaciones en la detección: Otro (especifique):

Siendo su médico de cabecera es difícil dar un alta cuando el paciente te insiste y le vas a tener que volver a ver y se supone que tiene que haber una buena relación médico - paciente.

Las bajas deberían llevarse por otra vía y no por si MAP.

La predisposición y la falta de colaboración de los pacientes.

Falta de colaboración del paciente.

Falta de apoyo por inspección.

Falta de apoyo por la inspección médica.

Es difícil tener la certeza de que el paciente te esté mintiendo o no.

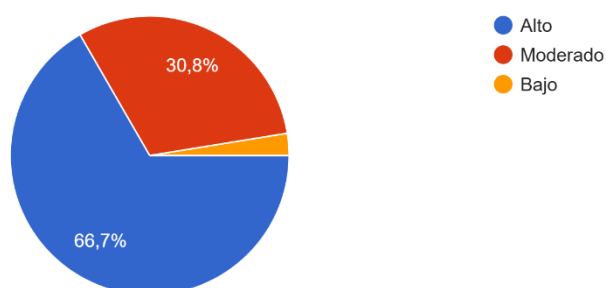
Miedo a juzgar erróneamente.

Rápida valoración por el especialista.

Bloque 5: Impacto y soluciones.

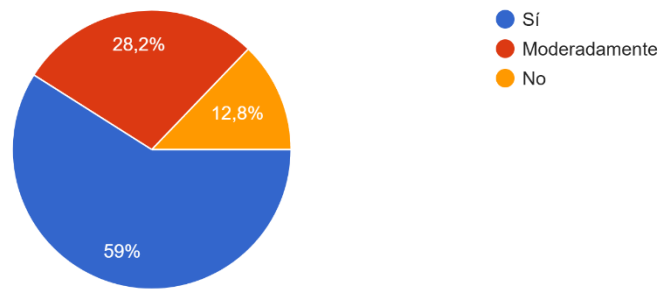
20. ¿Qué impacto tiene la simulación en los recursos médicos del sistema sanitario?

39 respuestas



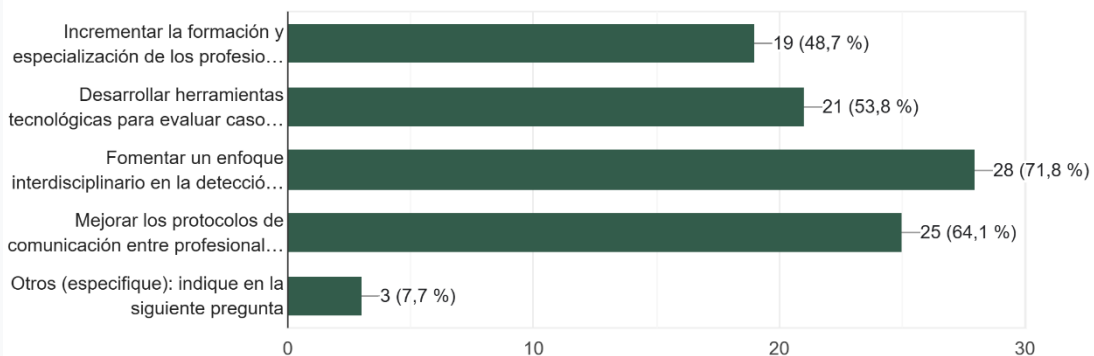
21. ¿Cree que la simulación afecta la confianza en el sistema sanitario por parte de los pacientes?

39 respuestas



22a. ¿Qué medidas generales cree que podrían implementarse en el sistema sanitario para reducir los casos de simulación de síntomas en bajas por discapacidad? (puede marcar más de una opción):

39 respuestas



22b. Medidas generales: Otro (especifique)

Qué se lleven todas las bajas desde inspección.

Que haya más inspecciones pasados ciertos días de baja de acuerdo a la patología que presenten. Hay lesiones que con tres días de descanso están bien y los pacientes quieren 3 meses de baja porque el dolor persiste a pesar de que no hay manifestaciones de lesión o daño y pruebas complementarias dentro de la normalidad.

Más tiempo para evaluar los casos.

Poner seguimientos especiales y en caso de demostrar el fraude, sanciones importantes para que se lo piensen dos veces.

Más personal y más tiempo.

Posibilidad de hacer estudios en primaria y derivación pronta al especialista.