



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

TITULO

**“LAS ACTITUDES DEL PERSONAL MEDICO DE CONSULTA EXTERNA DE LA  
CLÍNICA ISSEMYM ECATEPEC NORTE ANTE LA SOSPECHA DE PACIENTE  
SIMULADOR”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

ALUMNO:  
**PÉREZ BÁEZ LISET**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"LAS ACTITUDES DEL PERSONAL MEDICO DE CONSULTA EXTERNA DE LA  
CLÍNICA ISSEMYM ECTEPEC NORTE ANTE LA SOSPECHA DE PACIENTE  
SIMULADOR"**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.  
PRESENTA**

**DRA. PÉREZ BÁEZ LISET**

AUTORIZACIONES:

---

**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

---

**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO**  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

---

**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ**  
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

---

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN  
SALUD.

**"LAS ACTITUDES DEL PERSONAL MÉDICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE  
LA CLÍNICA ISSEMYM ECATEPEC NORTE ANTE LA SOSPECHA DE PACIENTE  
SIMULADOR"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. LISET PEREZ BAEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

OAT

AL AMOR DE MI VIDA  
POR ENTENDER A SU CORTA EDAD  
QUE MAMÁ TENIA QUE TRABAJAR  
PARA COMPRAR SU LECHITA

.....SILVANA

PARA QUE MIS MANOS, MENTE Y CORAZÓN  
NUNCA DAÑEN A NADIE

.....PACIENTES

LO MALO DEL CONOCIMIENTO EN LA MEDICINA  
ES SABER EL DOLOR QUE SE ACERCA

.....A TODAS LAS PERSONAS QUE PERDIMOS EN ESTA PANDEMIA

LO LOGRAMOS FAMILIA, LOS AMO GRACIAS POR LA PACIENCIA Y APOYO

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>31</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>32</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACION.....</b>	<b>32</b>
<b>HIPOTESIS.....</b>	<b>32</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
OBJETIVOS GENERALES.....	33
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	33
<b>METODOS.....</b>	<b>34</b>
TIPO DE ESTUDIO.....	34
Población, lugar y tiempo.....	34
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	34
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
Criterios de inclusión.....	34
Criterios de exclusión.....	35
Criterios de eliminación.....	35
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	35
Variable dependiente.....	35
Variables independientes.....	35
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	36
ANALISIS ESTADISTICO.....	37
RECURSOS.....	37
Recursos humanos.....	37
Recursos materiales.....	37
Recursos físicos.....	37
Financiamiento.....	37
<b>CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>47</b>

## MARCO TEÓRICO

### **Las actitudes del personal médico de la consulta externa Ecatepec Norte ante la sospecha de paciente simulador**

En la relación médico paciente en aspecto clínico, la veracidad es un principio que siempre debería estar presente, y esto se da a través de la entrevista clínica.

La entrevista clínica es un arte, de llegar a lo más profundo de una persona, de la forma menos dolorosa y agresiva. Esto implica, como decía Jung citado por Shea, tratar "a cada paciente de la forma más individual posible". La entrevista clínica, en general, es el primer y mejor instrumento que se tiene para lograr una aproximación a la problemática de una persona, sea esta física, mental o emocional, cuyo fin último es obtener información.<sup>1</sup>

Mediante la expresión real y sincera por parte del paciente de todos sus síntomas, creencias, miedos y vivencias, junto con la detección por parte del médico de los signos físicos que los acompañan, permite al clínico llegar al diagnóstico correcto para poner las medidas terapéuticas oportunas. Sin embargo, en algunas consultas nos encontramos con pacientes que despiertan ese sexto sentido que se pone en marcha cuando las cosas no parecen claras. Podemos empezar a sospechar que el paciente no nos dice toda la verdad, que está mintiendo y/o simulando. La confirmación de esta sospecha entraña una importante dificultad y constituye todo un reto en nuestra labor diaria.

#### **Relación Médico-Paciente**

Antecedentes: En los últimos 25 años más que en los últimos 25 siglos. Mark Siegler en 1997 publica los periodos de la relación clínica y los divide en tres periodos:

- A) Era del paternalismo o del médico que va del 500 AC a 1960. En este periodo existe una confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral y que además es el único responsable de las decisiones.
- B) Era de la autonomía o del paciente, a partir de la década del 60. En 1969 la Asociación Americana de Hospitales, da origen al primer código de derechos de los pacientes. Surge el consentimiento informado: el primer deber de beneficencia

del médico es la información. Es recomendable hacer algunas consideraciones sobre este consentimiento:<sup>2</sup>

a) Fuerte impacto de la autonomía la cual está en concordancia con la tradición moral de la modernidad; b) consentimiento informado es ajeno a la tradición médica lo que explica la dificultad de su introducción en el ámbito clínico; c) en vez de entender al consentimiento informado como un proceso democrático y compartido de toma de decisiones, se reduce a la firma de un documento, negando así la validez ética y jurídica del documento; d) el extremo de la autonomía del paciente es equivalente al extremo de paternalismo del médico.

C) Era de la burocracia o del contribuyente. Al médico no sólo se le exige eficacia en tratar a su paciente, sino que también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios.

Es un hecho que la relación médico-paciente (RMP) es esencial para la práctica médica, especialmente en medicina de familia, ya que no sólo facilita alcanzar un diagnóstico, sino que incide, entre otros aspectos, en la salud, la satisfacción o la adhesión al tratamiento del paciente.

La importancia de la RMP justifica el gran número de investigaciones que se le han dedicado. Sin embargo, muy centrada en las conductas específicas del médico y/o el paciente y en identificar su repercusión concreta, mientras que los factores que pueden determinar los comportamientos en la consulta han recibido poca atención. De tal manera que la relación que se establece entre médicos, pacientes, familiares y cuidadores está influenciada por progresos en los conocimientos médicos, cambios tecnológicos de la ciencia y la comunicación y, la creación de distintas vías de acceso a la información de ambos, profesionales y pacientes. Y, más recientemente, por la posibilidad de mantener contactos efectivos no presenciales.<sup>1</sup>

Es de la narrativa de los pacientes y mediante el análisis de la información, que se llegarán a concretar características o atributos comunicativos manejables que sintetizan las expectativas de los pacientes respecto a la comunicación que



esperan en los encuentros clínicos. De esta manera se recoge, primero la visión del paciente, y a partir de esta se propone lo que debe ser priorizado en la formación de los médicos.

Es indiscutible que los pacientes y sus familiares valoran la buena comunicación con el médico que les atiende y esperan que además de ser experto técnicamente, sea capaz de mostrar compasión por medio de sus acciones, gestos y palabras, especialmente cuando se trata de pacientes gravemente enfermos o dependientes. Por eso, es necesario que en la medicina se egrese con una buena base en formación comunicativa.<sup>2</sup>

Según Burford, hay dos tipos de relaciones en los encuentros médicos que requieren diferentes niveles de confianza: Por un lado, están las “consultas transaccionales” en encuentros básicamente técnicos, concretos y puntuales. Por otro, las “consultas relacionales” que requieren una relación de mayor confianza. Esto es importante pues en cada caso se debe establecer un estilo diferente de comunicación de acuerdo con el contenido y tipo de consulta.

La consulta transaccional se establece en un contacto ambulatorio puntual o una visita urgente. En ella, las habilidades de tipo técnico, como son los conocimientos, la resolución del problema y la toma de decisiones ágil y apropiada, están en primer lugar y las habilidades comunicativas, sin dejar de tener importancia, pasan a un segundo plano.<sup>3</sup>

En cambio, la consulta relacional se establece cuando la atención es más continuada, como es el caso de visitas de seguimiento o ingresos hospitalarios. En este caso las habilidades comunicativas son clave y es imprescindible saber establecer una relación, adaptada a las necesidades y características particulares del paciente.

La comunicación efectiva y adaptada a las necesidades de cada paciente, requiere de formación, hábito y destreza, no es algo innato ni se basa simplemente en la amabilidad. Es imprescindible planificar su inclusión de forma específica en el currículo del grado en medicina y actualizarla a lo largo de la vida

laboral de todos los profesionales de la salud. Por tanto, la formación en comunicación deberá, no sólo cubrir aspectos de tipo técnico, sino formar en actitudes, desarrollar su capacidad de adaptación y, sensibilidad por las necesidades psicológicas y sociales del paciente y, dotarle de los recursos que le permitan ver, escuchar, sentir, hablar, transmitir y acompañar a los pacientes.

Ya existen propuestas sobre las diferentes etapas en el curso de la entrevista médica, utilizando como modelo el encuentro en la consulta externa que puede ser extrapolada a cualquier otro sitio donde se realice la primera relación médico-paciente, con las variantes que requiere cada sitio (hospital, hogar, entre otros). Estas etapas son las siguientes:<sup>3,4</sup>

Recepción. Esta etapa, no utilizada con frecuencia, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro.

Identificación. La toma de los datos de identidad conducida hábilmente permite conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y características sociodemográficas.

Interrogatorio. Esta es la etapa más importante de la RMP. El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología sin interrumpirlo, salvo que se salga del hilo conductor, y siempre hacerlo con suavidad y delicadeza. En una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente.

Examen físico. Si bien el interrogatorio resulta la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta también de suma importancia. Debe tener un orden sistemático, en privacidad, respetar el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar el mayor tiempo al aparato u órgano que se sospeche sea el más afectado, sin dejar de examinar el resto de los sistemas.<sup>5</sup>

Investigaciones complementarias. Es deber del médico explicar las investigaciones a realizar y en caso de posibles riesgos pedir su consentimiento. Igualmente, al comunicar sus resultados debe cuidar de sus manifestaciones verbales y extraverbales que pueden ocasionar iatrogenia.

Información final. El último paso, que no por ser el último deja de ser importante, lo constituye la información al final de la consulta en el paciente ambulatorio y la reunión al alta en el caso del ingresado, donde debe explicarse con detalle cual es el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento evolutivo.<sup>3</sup>

Tradicionalmente el médico sólo ha buscado el bien del paciente en forma individual, frente a una patología hace un buen diagnóstico y receta para su curación. La irrupción del bien común en el seno de la relación clínica se relaciona con el derecho a la atención sanitaria y el acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios. Los servicios sanitarios gestionan recursos públicos para atender a toda la ciudadanía, por lo que tiene que ser eficiente. La preocupación del médico se centraba en el bien del paciente, ahora por concepto de justicia se tiene que optimizar los recursos sanitarios. Adquiere relevancia el principio de justicia distributiva de la ética principialista. Luego ahora el médico tiene un doble rol, a saber, uno individual cual es sanar al paciente y otro colectivo o social cual es optimizar los recursos sanitarios para lograr una mejor justicia distributiva. El clínico debe hacer medicina en función de la prioridad de salud, lo cual es difícil de entender dado la tradición médica.<sup>5</sup>

Pero que ocurre en la visión del médico respecto a su habilidad clínica y en su relación hacia el paciente, que considera se pueden crear barreras, como mencionan otros autores; A) La percepción de los médicos es que se sienten poco valorados y que la tecnología en medicina atenta en contra de la relación humana médico-paciente. Por otro lado, los pacientes cada vez son más demandantes, críticos y exigentes. Demandan más consultas y de calidad. Esta relación problemática es por causas externas, pero también por la falta de formación de los profesionales de la salud en cómo comunicarse con el paciente. B) A los pacientes lo que más le frustran es la falta de comunicación con el médico e incluso la

priorizan respecto a la receta y exámenes complementarios, que es lo que precisamente el médico le da importancia. C) El tipo de paciente al buscar en cada consulta una ganancia secundaria a partir de un padecimiento existente o fingido a través de la consulta y de la capacidad del médico a un diagnóstico certero y validado en el conocimiento.<sup>5</sup>

El paciente cada día más asume su autonomía y exige no sólo información de su médico, sino que participar en la toma de decisiones en su tratamiento. Este compartir la decisión del tratamiento con su médico no se asume en el 70% de los casos sobre todo en atención primaria. La población no ha internalizado ese derecho: no asume su responsabilidad ni su libertad. Y además los pacientes tienen un mayor acceso a la información médica, es una población más culta, más crítica y empoderada, lo que lleva a una menor asimetría médico-paciente. La práctica médica se ve influenciada por la tecnología y variantes económicas, lo cual lleva a una insatisfacción médica ya que siente que va perdiendo el control sobre su quehacer médico. Es un hecho que la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas mejora la eficiencia terapéutica. La ausencia de comunicación, información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología.<sup>5</sup>

Y si bien se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad de médico y paciente. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico.<sup>5</sup>

Si bien es cierto que es el médico el que debe hacer los mayores esfuerzos para lograr una relación apropiada con sus pacientes, se ha tendido a dejar de lado sus

necesidades como persona; hasta muy recientemente se empieza a hablar de derechos de los médicos, tema que fue tabú durante mucho tiempo. El médico vive, en mayor o menor medida, los sufrimientos del paciente, experimenta la angustia de la muerte y su amenaza, las ansiedades ante una posible demanda y muchas más.

### **Causas de afectación en la RMP**

Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico, convirtiendo al médico en un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano.<sup>7</sup>

Otro contexto que dificulta la RMP es el paciente difícil. El adjetivo "difícil" refiere a lo que exige mucho trabajo y es complicado. Al calificar a un paciente, el término puede también tener la acepción de descontentadizo, inconforme, protestador. En todo caso, se trata de un paciente excepcional que exige del médico poner en práctica muchas habilidades que no suelen requerirse en sus acciones cotidianas. Un paciente puede resultar difícil porque su diagnóstico no es evidente, porque su terapéutica es laboriosa y compleja, o bien porque sus características personales hacen que la relación que el médico quiera establecer con él se presenta

complicada o dificultosa. El diagnóstico suele ser difícil en enfermedades de baja prevalencia, y ello está en relación con el grado de sospecha que el médico puede tener; aún en los casos que se expresan de manera típica o característica, en tanto que el médico no esté buscando la enfermedad en cuestión y no se la plantee entre los diagnósticos probables, resultará difícil de reconocer.<sup>7</sup>

Otra causa común es las características que guarde el paciente como podría ser: la hipoacusia, demencia, psicosis, afasia y otras deficiencias físicas que constituyen dificultades para establecer una relación médico-paciente, la que frecuentemente tiene que ser indirecta, a través de los familiares, tal y como sucede con los niños pequeños. Por supuesto que la relación entre el médico y la familia no substituye a la relación médico-paciente y es claro que el médico tendría que hacer intentos por relacionarse con el enfermo a pesar de sus limitaciones; que el paciente perciba el interés, la preocupación y el profesionalismo con que se le trata.<sup>8</sup>

Considera que un grado menor que las dificultades que significa la demencia, el médico se enfrenta con frecuencia personas restringidas en su capacidad intelectual por razones diversas. Obtener de ellos datos para integrar un diagnóstico y hacerse entender sobre las recomendaciones constituye una verdadera proeza, pero es una responsabilidad del clínico adaptarse a las circunstancias de su paciente. También suele ser difícil comunicarse con pacientes analfabetos, o lejanos a una cultura moderna de la salud, que también requieren poner en juego todas las habilidades del clínico. Conviene recordar que el analfabetismo o la privación cultural no son equivalentes de incompetencia y que los pacientes con estas características son perfectamente capaces de ejercer su autonomía; lo que resulta difícil es proporcionarles información que puedan entender y asimilar.<sup>8,9</sup>

Todo esto con relación al paciente, pero también existen condiciones dadas por el mismo profesional de salud; el médico que a pesar de ser una de las habilidades fundamentales para establecer una relación médico-paciente apropiada y para todas las consecuencias de ésta, la representación curricular de esta área han

sido tradicionalmente restringida. En otras palabras, los médicos no hemos sido formados en el tema y apenas recientemente se han introducido en algunos planes curriculares contenidos explícitos sobre comunicación. Los médicos en ejercicio lo han tenido que aprender por caminos diversos, no rara vez mediante ensayo y error.<sup>9</sup>

Otra de las limitaciones tiene que ver con la soberbia con que se desempeñan algunos médicos. Y es que el papel social del médico ha sido muy ponderado históricamente pues, ciertamente tiene en sus manos decisiones que trascienden las de un individuo común y corriente pues abarcan terrenos muy cercanos a los límites entre la vida y la muerte. Esto ha propiciado que no se pongan a la altura de los pacientes, que no los consideren sus iguales y que a veces ni siquiera los escuchen o tomen en cuenta sus sugerencias. Por fortuna se percibe ya una tendencia que puede empezar a revertir esta desigualdad.

La otra limitación tiene que ver con la jerga, con el lenguaje técnico que para muchos médicos es ya la única forma de hablar. Salirse de ello pareciera un desdoro, como se observa cuando son entrevistados en los medios de comunicación masiva en los que expresan enunciados que el público no entiende.

Un aspecto importante y que merece un apartado especial son los simuladores y los histriónicos, y otro las enfermedades ficticias y facticias. Los pacientes angustiados, debido a su enfermedad de fondo o presas de los diferentes síndromes psiquiátricos, apelan a la capacidad tranquilizadora del médico basada en su actitud.<sup>9</sup>

### **Paciente difícil**

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. Veamos por ejemplo la de O'Dowd, que los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y el equipo que los atienden. Por otro lado, Ellis dice que paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago, entonces la definición del paciente

difícil se basa en la desazón que provoca en el profesional que lo atiende, con lo que, al ser un grupo muy heterogéneo en cuanto a características, existe mucha variabilidad en las medidas de frecuencia. En el análisis del origen de esta «desazón», es cierto que se han identificado múltiples factores. Éstos se pueden clasificar en tres grandes grupos: el primero sería los que dependen del propio paciente, el segundo los que dependen del profesional y el tercero los que dependen del entorno.<sup>7,8</sup>

En los factores que dependen del propio paciente. Se identifica el propio problema de salud que le hace acudir a la consulta, y que puede generarnos incomodidad por no estar claro o por tener unas connotaciones que nos hacen vivir situaciones no del todo agradables; la personalidad que tiene el paciente o la familia que atendemos (donde podemos incluir aspecto físico, sistema de creencias, interpretaciones), y las circunstancias en las que se encuentra el paciente en relación con su ambiente sociocultural. Todo esto nos puede generar problemas a la hora de atenderle, desde el punto de vista de la incompreensión, de la falta de formación o de identificar situaciones que, a causa de nuestra propia biografía, nos evoquen determinados sentimientos, desagradables para nosotros. Los autores de detectan entre las características de los pacientes las siguientes: en su mayoría, más de dos problemas de salud y alguno de ellos es psiquiátrico; tienen una edad media de alrededor de 20 a 55 años y están activos laboralmente, ya sea de su trabajo fuera de casa o, por la edad y su correspondencia en el ciclo vital familiar o de sus funciones buscando ganancias secundarias. Las características de los pacientes permiten clasificarlos en los siguientes grupos: paciente pasivo-dependiente, que suele comportarse como un gran frecuentador de nuestras consultas debido a su visión sin límites de las posibilidades profesionales del médico; paciente emotivo-seductor, que se diferencia del tipo anterior en que tiene unas dotes personales más aduladoras y seductoras, y llega en bastantes ocasiones a la manipulación llevada al terreno emocional; paciente masoquista, que continúa siendo un gran frecuentador, pero le caracteriza su rechazo permanente a recibir cualquier tipo de ayuda argumentando que ya no se puede hacer nada o que no va a servir; paciente somatizador, del que todos



sabemos cuáles son sus características, exigentes-agresivos que son los grandes demandantes de nuestras consultas, con una mezcla de herramientas como la culpabilidad y la agresividad; por último, está el paciente incumplidor-negador, que no sigue de forma sistemática nuestras recomendaciones por falta de información, por dejadez o por un sentimiento autodestructivo.<sup>10,12</sup>

Todas estas versiones como puede observarse describen la capacidad de dichos pacientes para causar sensaciones displacenteras en los profesionales, tales como pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo agresividad, falta de creencia, etc.<sup>10</sup>

Además, de dicha clasificación diferiría enormemente dependiendo del entorno sociocultural en que se desarrolle algún estudio con relación a las características del paciente. Sin embargo, sí puede afirmarse que este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes que merece la pena volver a mencionar y reafirmar:

- El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que recibe.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.
- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.
- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción por no presentar mejoría y/o evolución correcta como otros pacientes con la misma patología.
- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.

## **Paciente simulador**

La simulación es un tipo de conducta humana tan antigua como la humanidad, y tanto datos históricos (de Grecia, Roma, la Edad Media, etc.) como textos sagrados (la Biblia) nos muestran que ha existido en todas las épocas, en todas las civilizaciones y en todas las clases sociales.<sup>13</sup>

Se ha indicado que sus pilares son "la mentira, el egoísmo y la hipocresía", y éstos parecen ser inherentes a la condición humana. Decía Pascal que "el hombre no es más que disfraz, mentira e hipocresía, y todas estas disposiciones tan alejadas de la justicia y de la razón tienen una raíz natural en su corazón".

Incluso podemos decir que la simulación es más antigua que el hombre mismo, ya que incluso los animales, de las formas más diversas, se sirven del disfraz, del disimulo y del mimetismo o camuflaje para defenderse de sus depredadores (muchos animales, grandes y pequeños, "se hacen los muertos" para huir de sus perseguidores y utilizan otras artimañas para engañar y hacer caer en la trampa a sus presas o pasar desapercibidos).<sup>13</sup>

En la Biblia se recogen claros casos de simulación de enfermedades:

- Raquel, hija de Labán, simula una menstruación para que no se descubra su robo ("no se enoje mi señor, porque no me puedo levantar delante de ti, pues estoy con la costumbre de las mujeres").
- El rey David, al ser descubierto en su refugio en casa del rey Aquis, "se fingió loco entre ellos, comenzó a demudar su semblante, y se dejaba caer entre los brazos de la gente, dándose de cabezazos contra las puertas y haciendo correr la saliva por su barba".
- Jacob simula, con la ayuda de su madre Rebeca, ser su velludo hermano Esaú con unas pieles de cabrito para que su padre, Isaac, ya viejo y ciego, lo bendiga y le entregue la primogenitura (simulación, sustitución o suplantación de personalidad).

- Amnón, hijo de David, enamorado de su propia hermana, simula estar enfermo para abusar de ella.

A lo largo de la historia muchos autores (médicos, historiadores, escritores, etc.) han tratado sobre este concepto:

- Hipócrates, en su Tratado de los aires, de las aguas y de los lugares, describió de una forma científica la simulación frecuente en los soldados de los ejércitos asiáticos para evitar luchar en las guerras.

- Galeno estableció unas reglas para diferenciar los dolores reales de los simulados, dando lugar al primer tratado sobre las enfermedades simuladas.

- En una ocasión, Ulises, para no ir a la guerra de Troya y quedarse con Penélope, se fingió loco poniendo un buey y un caballo a arar y sembrando sal.

- Suetonio cuenta que Claudio, cuando llegó a ser emperador, contó que había simulado ser imbécil para salvar la vida durante el reinado de Calígula.

- Sixto V simuló una vejez precoz, y cuando lo nombraron Papa, tiró las muletas, se irguió y entonó el Te Deum con voz potente.

- En los inicios de la medicina legal clásica, Ambrosio Paré, Fortunatus Fidelis, Silvaticus y Zacchias realizaron estudios sobre el tema.

- En nuestro medio, Cristóbal Pérez Herrera, médico de galeras en el siglo XVI, publicó sobre la simulación.

Y su máxima extensión y desarrollo se produce a partir de la aplicación de las leyes sociales de protección ante accidentes de trabajo, accidentes de circulación y pensiones (protección social), detectándose este tipo de engaño o mentira en todas las culturas, clases sociales y edades (niño que finge enfermedad para no ir al colegio, por ejemplo).

Entonces la simulación se trata de un fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con un fin interesado.

Desde el punto de la Psicología, es equivalente al engaño, aunque debe darse con una expresión verbal o apreciable de una "inverdad", requiriendo una expresión psicomotora; es decir, es una mentira plástica, por lo que es imprescindible la ejecución de ciertos actos o la reproducción de algunas actividades que carezcan de motivación real. Siempre está encaminada a conseguir diversos fines o ventajas personales a las que no se tendría acceso sin el fraude.<sup>14</sup>

También puede definirse, como un proceso psíquico caracterizado por la decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación más o menos directa, con la intención de engañar a alguien, manteniendo el engaño con ayuda de un esfuerzo continuo durante un tiempo más o menos prolongado.

La simulación de acuerdo con diversos autores presenta las siguientes características:

1. Voluntariedad consciente del fraude.
2. Imitación de trastornos patológicos o de sus síntomas.
3. Finalidad utilitaria: beneficio o provecho inmediato para el simulador.

Según la CIE 10, debe existir "la ausencia de enfermedad".

Y el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española reza que simular es representar una cosa, fingiendo o imitando lo que no es, y disimular es ocultar algo que uno siente o padece.

También "disimulación" significa "arte con que se oculta lo que se siente o se sabe". La palabra simulación deriva de la latina simulatio (acción de simular o imitar lo que no se es).<sup>13</sup>

De forma similar, podemos decir que la simulación es un fraude o engaño consistente en aparentar, producir o exagerar signos o síntomas patológicos, síndromes e incluso enfermedades, con una intención utilitaria para el simulador. Es, por tanto, una manifestación conscientemente falsa, cuyo fin es engañar a otros. O, dicho de otro modo, la simulación es la producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos falsos o groseramente exagerados, con el fin de

obtener un beneficio secundario. Por el contrario, pero en el mismo sentido, disimular una enfermedad o lesión es el hecho consciente de encubrirla total o parcialmente con una finalidad utilitaria.<sup>14,15</sup>

La simulación y el fraude asociado tienen consecuencias en la economía general, en la colectividad, al tener que soportar cargas injustificadas y potenciar "la cultura del pensionismo". Por ello, incluso aunque el sujeto no consiga lo que quiere, simplemente con sus acciones, va a ocasionar unos gastos sociales (gastos de fraude), que recaen sobre la sociedad en general y sobre diversas Instituciones en particular. Entre estos gastos de fraude que genera a una institución se encuentran:

- Servicios médicos y paramédicos.
- Farmacéuticos.
- Hospitalarios y de diagnóstico.
- De incapacidad temporal.
- De referencia a otros especialistas para determinar o descartar secuelas permanentes.
- Laborales de descenso de la producción.
- Laborales de sustituciones, convenios, cotizaciones dobles, etc.

El término simulación, en su vertiente psicológica, por tanto, está lleno de matices. Por un lado, puede referirse a actitudes de encubrimiento, fingimiento, exageración de síntomas existentes o engaño, mientras que en otras ocasiones puede ser la invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico o de una posible incapacidad de la que se deriva alguna ventaja personal.<sup>15</sup>

Por otro lado, el diagnóstico de simulación está considerado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) en el apartado de "Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica" y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), codificado como Z76.5, existe el diagnóstico de "Enfermos fingidos (simuladores conscientes)", el cual incluye a "personas que aparentan enfermedades por motivos obvios", en el apartado anexo de "Otros procesos de la CIE-10 frecuentemente asociados con

alteraciones mentales y del comportamiento”. En ambos sistemas, DSM-IV-TR y CIE-10, los criterios diagnósticos son semejantes, salvo que para el segundo no se necesita el inicio de las alteraciones de la conducta desde la infancia y se habla, en cambio, de trastorno disocial de la personalidad, el DSM-5 añade a la definición anterior cuatro criterios que deben hacer sospechar de simulación:<sup>16</sup>

- (1) presentación en un contexto médico legal.
- (2) discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica;
- (3) falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- (4) presencia de trastorno antisocial de la personalidad

Este diagnóstico se caracteriza por la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos. Se hacen algunas salvedades, como que en determinados ámbitos puede resultar un comportamiento adaptativo; pero se debe sospechar cuando se está en un contexto médico-legal, cuando existe discrepancia entre las quejas del sujeto y la exploración clínica, cuando hay falta de cooperación para la valoración diagnóstica e incumplimiento de la prescripción clínica y cuando se detecta un TAP, en donde la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente con el fin de asumir el papel de enfermo (en este caso lo que lo diferencia de la simulación es la necesidad intrapsíquica de mantener el papel de enfermo).<sup>16,17</sup>

La detección y el manejo de estos pacientes han sido muy analizados en las áreas de la salud mental, la medicina del trabajo y la actividad forense. La simulación en el dolor crónico es, quizá, el problema clínico más estudiado en estos campos. Los estudios realizados para determinar su incidencia han obtenido una amplia variabilidad de datos en función de la patología que se aborde o del aspecto concreto considerado. Esta disparidad puede deberse a la dificultad existente a la hora de diferenciar entre quienes inventan completamente los síntomas y las personas que exageran molestias ya existentes.

El malestar que el simulador aduce puede ser esencialmente de dos tipos: alteraciones físicas (algias, apraxias, distonías, afección física interna, etc.) o alteraciones psíquicas (depresión que no remite con ninguna medida que se adopte, ansiedad permanente, pánico, agorafobia, trastorno adaptativo, acoso, etc.). A todo ello hay que añadir el simulador que aduce ambos tipos de problema, por lo general la mayoría, y que puede exagerar algún problema físico de base ya existente. El paciente simulador, con su actuación, consigue aparecer como un "falso positivo", a quien se realizan múltiples exploraciones, analíticas e interconsultas con todo tipo de especialistas; así, entra en una rueda de tratamientos con los que nunca mejora y se convierte en un enfermo crónico, grave, prácticamente discapacitado física y psíquicamente y, como tal, merecedor de algún grado de discapacidad.<sup>15</sup>

En la medicina evaluadora, al estar en juego unos intereses (principalmente económicos u otro tipo de prestaciones sociales) muy distintos a los de la medicina asistencial (la curación de la enfermedad), no es infrecuente que el paciente o sujeto objeto de la valoración intente obtener el mayor beneficio posible de su situación, incluso utilizando todo tipo de artimañas (exageración, simulación, etc., y disimulación también, aunque en el sentido contrario) para intentar engañar al médico evaluador sobre la gravedad o afectación funcional que le produce la patología que presenta o alega.

Es importante recordar que los diagnósticos de trastornos de personalidad son biográficos, además de que el comportamiento durante la entrevista brinda algunas herramientas; pero no permite, en la mayoría de los casos, llegar a conclusiones definitivas. Sin embargo, todas aquellas personas que se han visto avocadas a realizar una entrevista se han enfrentado a la limitante de, quizá, estar siendo engañadas.<sup>14,15</sup>

Para toda entrevista, en cualquier área médica o quirúrgica, que implique una relación médico-paciente, se emplean técnicas generales de entrevista, con el fin de conocer la queja del sujeto y encontrar la mejor forma de ayudarlo. Las que se utilizan en estos casos son las siguientes: establecer una relación de confianza, lo

antes posible durante la entrevista; determinar la queja principal del sujeto; utilizar la queja principal para establecer el diagnóstico diferencial; barajar varias posibilidades diagnósticas utilizando preguntas focalizadas y detalladas; ante respuestas vagas o poco claras, tratar de determinar la exactitud de las respuestas; dejar que el sujeto hable libremente y observar la forma de asociación de sus pensamientos; usar técnicas mixtas de preguntas abiertas y cerradas; abordar cuidadosamente los temas que el sujeto no quiere abordar; brindar al sujeto la oportunidad de hacer preguntas al final de la entrevista, y concluir la entrevista entregando un sentimiento de confianza y, si es posible, de esperanza.

Además de las técnicas generales que existen se pueden usar otras en conjunto con las generales, pueden estrechar los vínculos médico-paciente y pueden aumentar la fiabilidad de la información. Estas técnicas varían según la situación de la entrevista y comprenden:<sup>14</sup>

- a) Preguntas abiertas, en las cuales se pregunta la opinión, punto de vista o versión del entrevistado, contra preguntas cerradas, las cuales son generalmente contestadas con una palabra.
- b) Reflexión, en la cual se hace un comentario de manera reflexiva con el fin de establecer más fácilmente empatía.
- c) Facilitación, con la cual se brindan herramientas para que el entrevistado se refiera a temas que le pueden resultar molestos. Silencios, que corresponden a tiempos no prolongados en los cuales no se habla con el objetivo de permitir al entrevistado pensar y mejorar su expresión.
- d) Confrontación, en los cuales se enfrenta al entrevistado, especialmente cuando existen versiones no concordantes con lo que expresa el entrevistado.
- e) Clarificación, busca hacer explícita y lograr la dilucidación de un tema que no ha quedado claro.
- f) Interpretación, comentario acerca de la versión del entrevistador a partir de lo referido por el entrevistado.



- g) Resumen, síntesis realizada por el entrevistador de lo relatado hasta el momento por el entrevistado.
- h) Explicación, ilustración ampliada de lo relatado por el entrevistado.
- i) Transiciones, por medio de las cuales se cambia de tema de manera gradual o brusca.
- j) Autorrevelación, por medio de la cual el entrevistador hace una revelación propia para facilitar lo mismo por parte del entrevistado.
- k) Reforzamiento positivo, técnica destinada a mostrar interés en lo relatado por el entrevistado para que éste continúe y se extienda en temas específicos.
- l) Tranquilización, calmar al entrevistado ante estados de gran intensidad anímica.
- m) Consejería, recomendación brindada por el entrevistador a partir de la información obtenida.
- n) Finalización, por medio de la cual se cierra un tema en particular o la entrevista.

En la entrevista es necesario cierto nivel de suspicacia, aunque no llevada al extremo como para funcionar como un detector de mentiras; sin embargo, existen señales que permiten sospechar que se está siendo engañado, y éstas no deben pasar inadvertidas. Por ello aquí desempeñan un papel relevante las técnicas de entrevista específicas. Existen técnicas 'avanzadas' para la realización de entrevistas, con el objeto de aumentar la validez de la información obtenida, pero según sea el caso y la habilidad del entrevistador.<sup>14</sup>

El clínico es un hecho que en forma frecuente se encuentra ante sujetos que fingen o exageran su sintomatología, en busca de una ganancia secundaria. En estas situaciones, se debe estar entrenado para detectar el intento de engaño, por medio del interlocutor en forma hábil y activa. Si se piensa que se está siendo engañado, se pueden tomar una de dos opciones: (a) llamar la atención al entrevistado acerca de la sospecha que se tiene, con ventajas como que el entrevistado comprende que se debe atener a la verdad, pero con desventajas

como que el individuo se ponga a la defensiva y pueda rehusar continuar con la entrevista. (b) No llamar la atención por la mentira, con lo cual no se pone alerta al entrevistado, seguirá hablando y se podrá más fácilmente llegar a conclusiones; sin embargo, es posible que la entrevista se haga más extensa en el tiempo.

Podríamos considerar, por lo tanto, que los simuladores pueden: (a) simular ex novo sus síntomas y sus correlatos clínicos; (b) exagerar de forma flagrante la discapacidad o alteración causada por una patología real, motivo de cierto grado de compensación o discapacidad, o (c) atribuir fraudulentamente determinados síntomas reales a una causa o condición que pueda ser indemnizable o compensable.<sup>15</sup>

Es importante remarcar, por tanto, que se considera simulación, tanto su presentación en su forma más pura (no existe ningún síntoma y se inventan o generan), como en su forma parcial (existiendo algún síntoma se exagera, persevera o atribuye erróneamente). Por tanto, la presencia acreditada de síntomas genuinos en la persona (mediante resonancia magnética o cualquier otra técnica diagnóstica) no excluye automáticamente la posible existencia de simulación. En estos casos, puede estar dándose una exageración de estos o de la discapacidad que causan, una atribución fraudulenta a una causa indemnizable o una perseveración de sus consecuencias. Resulta absurdo descartar automáticamente la presencia de simulación en estos casos ya que eso sería equivalente a afirmar que estas personas, por su trastorno, son incapaces de implicarse en conductas orientadas a objetivos (esto es, la exageración, la perseveración o la atribución fraudulenta de los síntomas para obtener compensaciones, indemnizaciones o cualquier tipo de beneficio externo).<sup>13</sup>

Ahora bien, se puede considerar que existen tres grandes ámbitos o áreas de simulación: la simulación de trastornos mentales, la simulación de deterioro cognitivo y la simulación de síntomas físico-somáticos. Cada uno de ellos tiene sus particularidades, tanto en los métodos de detección como en las propias características de la simulación.

El simulador de trastornos mentales debe centrar su atención en crear un conjunto de síntomas creíbles y coherentes, incluyendo su comienzo y desarrollo, su grado de consciencia sobre los mismos, así como el nivel de impacto en su vida diaria. Por el contrario, el simulador de trastornos cognitivos no se centra tanto en esta organización de síntomas, sino en mostrarse incapaz de resolver tareas cognitivas, teniendo que determinar en qué medida falla (con qué frecuencia y en qué grado) y cómo le afecta a su vida diaria. Ante las tareas cognitivas, deben aparentar poner todo su esfuerzo en resolverlas y, aun así, fallarlas. Finalmente, la simulación de quejas médicas es más compleja que los otros dominios por la diversidad de formas en que puede manifestarse. Puede centrarse en un único síntoma incapacitante (p. ej., dolor), puede retratar una constelación de síntomas relativamente comunes que causan malestar (p. ej., dolor de cabeza, fatigas y problemas gastrointestinales) o especializarse en síndromes complejos (p. ej., fibromialgia). Aunque frecuentemente los simuladores entremezclan las áreas que simulan (p. ej., puede simular dolor junto con trastornos afectivos y alteraciones cognitivas), es importante destacar que, dadas las diferencias entre los dominios, las escalas de detección son relativamente específicas a cada uno de ellos. Esto es, los resultados negativos en una prueba de simulación psicopatológica no descartarán la presencia de simulación en las áreas cognitiva o médica o, a la inversa, su presencia no es reflejo de que el individuo esté simulando en todas ellas. Los avances en el área de la detección de simulación de trastornos mentales y trastornos cognitivos han sido notables en los últimos años. No obstante, los progresos en el ámbito de la detección de la simulación de problemas médicos han sido sustancialmente menores, siendo un área que generalmente ha sido obviada en la investigación y considerada el próximo reto en este campo.<sup>15,16</sup>

### **Instrumentos de evaluación.<sup>16</sup>**

Los instrumentos de evaluación mediante autoinforme ocupan un lugar preponderante. En su mayoría, estos instrumentos pretenden detectar, con mayor o menor precisión, patrones de "mala imagen" o estilos de respuesta sobredimensionados, o bien patrones sintomatológicos infrecuentes o

excepcionales, improbables y bizarros; en otras palabras, detectar la tendencia del sujeto a crear la impresión deliberada de sufrir alguna alteración o deterioro mediante la exageración o fabricación de síntomas y problemas, maximizando las características negativas de sí mismo. Entre los instrumentos estandarizados de autoinforme más consolidados para la detección de simulación, podemos destacar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI-2, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado - MMPI-2-RF y el Inventario de Personalidad - PAI. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2, es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general y en el ámbito medicolegal en particular. Entre los indicadores de validez del MMPI-2 más utilizados y contrastados empíricamente para la detección de exageración de síntomas se encuentran:

- Las escalas de Infrecuencia F y Fb.
- La escala F-psicopatológica o Fp.
- El índice F-K de Gough.

El PAI (Personality Assessment Inventory): Prueba que valora la simulación de psicopatología, consta de 22 escalas. Cuatro escalas son útiles para detectar simulación: la escala de Impresión negativa (NIM), la escala de Infrecuencia (INF), la escala de Inconsistencia (INC) y la escala de Impresión Positiva (PIN). Parece tener un éxito moderado en la detección de individuos simuladores. La simulación de psicopatologías se aprecia a través de la escala negativa de impresión NIM. Junto con estas técnicas y pruebas clínicas, la utilización de diferentes autoinformes específicos de medida de salud, calidad de vida e incapacidad nos permite valorar la utilidad de los tratamientos, y contrastar con los signos clínicos objetivables. Los autoinformes son de utilidad en el caso de exageración de síntomas/simulación, ya que cuando los administramos en diferentes estadios de la patología dolorosa, sería esperable una convergencia con los datos clínicos; por otra parte, diferentes estudios demuestran que hay instrumentos que correlacionan entre sí, por lo que datos divergentes entre pruebas que

correlacionan nos debe hacer sospechar de la existencia de falseamiento y profundizar en su estudio. Entre ellos, destacamos el Cuestionario de Salud SF-36 es uno de los instrumentos más usados a nivel nacional tanto como medida descriptiva del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, como instrumento de evaluación de diferentes procedimientos terapéuticos y como referencia para validar nuevos instrumentos de medición. El SCL-90-R (Derogatis, 2002) se ha utilizado para discriminar simulación en pacientes con esguince cervical litigantes y no litigantes.<sup>18,19</sup>

El Cuestionario sobre el Impacto de la Fibromialgia – FIQ que es, hasta ahora, el único instrumento específico para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y calidad de vida. Tanto los instrumentos de evaluación objetiva de la personalidad como los instrumentos de evaluación neuropsicológica pueden resultar eficaces en la detección de la simulación, existen ciertas limitaciones también respecto a su utilización: (a) su administración conlleva mucho tiempo, (b) es necesario un entrenamiento especializado para su administración y (c) a menudo son pruebas complejas de interpretar. En los últimos años, se han desarrollado un cierto número de instrumentos de screening, rápidos y sencillos en su administración, corrección e interpretación, para detectar simulación. Entre ellos, es especialmente destacable el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS.<sup>15</sup>

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS cuya adaptación al castellano se ha publicado recientemente. El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas es un instrumento de evaluación mediante autoinforme, que consta de 75 ítems con un formato de respuesta dicotómico (verdadero-falso), que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, administrándolo aisladamente o formando parte de una batería de pruebas más completa, pudiéndose aplicar tanto en contextos clínicos como medicolegales o forenses. Nos permite obtener una puntuación total que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto, y cinco escalas específicas referidas a

la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

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

Dentro del proceso global de adaptación al castellano del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS, se realizó un estudio empírico donde se pretendía valorar la capacidad de la prueba para detectar simulación. Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, responsables de la adaptación al castellano han presentado un estudio utilizando el SIMS como herramienta para discriminar entre pacientes con dolor crónico litigantes y no litigantes. El SIMS se administró a cuatro grupos distintos: un grupo control (sin patología dolorosa diagnosticada), dolor crónico de espalda no litigante, dolor crónico de espalda y fibromialgia litigantes, encontrando que los grupos litigantes puntuaban significativamente más alto en el SIMS que el grupo no litigante y el grupo control, y que entre estos dos últimos, no existían diferencias significativas. El SIMS fue capaz de discriminar entre litigantes y no litigantes con una sensibilidad del 80%, una especificidad del 100% y un índice de exactitud global del 0.987. En la investigación clínica de este tipo de pruebas de autoinforme suelen considerarse cuatro tipos de grupos de investigación: (1) grupo control, formado por sujetos sin patología previa diagnosticada, generalmente equiparados en edad y sexo, nos

permiten observar cuál sería la respuesta honesta de sujetos que no evidencian la patología objeto de investigación y nos proporciona el "suelo" teórico en el rango hipotético de la respuesta de exageración de síntomas para dicha prueba o cuestionario; (2) grupo clínico-honesto, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada pero que no se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que respondan honestamente al test; (3) grupo clínico-simulador, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada y se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que exageren o fabriquen sintomatología para reflejar "la peor imagen posible", en nuestro caso, incremento del dolor y de la discapacidad; (4) grupo simulador-análogo, grupo de sujetos que no presentan patología alguna pero se les instruye específicamente para que simulen la patología investigada; aunque no suele ser un grupo clínico real, nos permite controlar experimentalmente la conducta de exageración de síntomas porque sabemos a ciencia cierta que están "mintiendo"; Este grupo sirve también para establecer el "techo" teórico en el rango hipotético de la respuesta de exageración de síntomas para la prueba o cuestionario objeto de la investigación.<sup>20,21</sup>

Los autores González Ordi y Santamaría Fernández señalan que los resultados de los estudios de la adaptación española resultan prometedores, ya que el SIMS presenta una aceptable consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach para la escala total de .94,  $n=934$ ) y una adecuada validez predictiva para discriminar entre simuladores y no simuladores, con un 94,8% de sensibilidad, un 94,5% de especificidad y un índice de exactitud global de la prueba (AUC) de 0 .97.

El SIMS es un instrumento de screening que puede resultar muy útil a la hora de proporcionar información que favorezca la convergencia de los datos para determinar si existe una simulación.

## **2.- Planteamiento del problema**

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. Y este componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, ocasiona que con ciertos pacientes se active un sexto sentido en relación con el paciente que exagera o distorsiona su sintomatología.

Ya que, con alguna frecuencia el clínico se encuentra ante sujetos que fingen o exageran su sintomatología, en busca de una ganancia secundaria. En estas situaciones, se debe estar entrenado para detectar el intento de engaño, por medio del interlocutor en forma hábil y activa. Si se piensa que se está siendo engañado, se pueden tomar una de dos opciones: (a) llamar la atención al entrevistado acerca de la sospecha que se tiene, con ventajas como que el entrevistado comprende que se debe atener a la verdad, pero con desventajas como que el individuo se ponga a la defensiva y pueda rehusar continuar con la entrevista, o (b) No llamar la atención por la mentira, con lo cual no se pone alerta al entrevistado, seguirá hablando y se podrá más fácilmente llegar a conclusiones; sin embargo, es posible que la entrevista se haga más extensa en el tiempo.

En este contexto, se considera que puede existir distorsión clínica cuando se está ante la presencia de una evidente desproporción entre los elementos objetivos y subjetivos del caso o si el comportamiento del paciente durante la valoración resulta "magnificador", es decir, que exagera sus síntomas o las consecuencias que una determinada patología le ha provocado. La simulación se considera una distorsión clínica voluntaria, que persigue obtener un beneficio externo (económica, laboral o legal) de manera consciente lo cual se consideraría un fraude o involuntaria como con los trastornos conversivos y de somatización, que permitirían una toma de decisión diferente a cada situación, entonces esto surge la interrogante: ¿Cuáles son las actitudes del personal médico de la consulta externa ante la sospecha de paciente simulador?



### **3.- Justificación**

Los servicios médicos descansan implícitamente en la aceptación de que el paciente es un participante voluntario del proceso que proporciona información veraz y honesta en la medida de sus posibilidades y capacidades en busca de su salud. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando la información que aporta no es veraz? ¿Qué sucede cuando busca obtener algún tipo de beneficio secundario de su patología y, por lo tanto, crea, exagera o mantiene en el tiempo su patología?, ya que en primer lugar, los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita de facto llegar a conocer su prevalencia real; en segundo lugar, porque solo recientemente se han establecido criterios diagnósticos claros que definan operativamente qué es la simulación.

Y siendo el DSM-V por si solo insuficiente para el diagnóstico de simulación y que para su detección en forma intencional y rápida es necesario buscar o realizar un tamizaje inicial y ya posteriormente con mayor juicio con carácter multidisciplinar, contando con todas las pruebas y el juicio clínico de los profesionales procedentes de distintos campos confirmar un estado patológico o bien confirmación del estado de simulación. Entre las diversas fuentes de datos disponibles para la detección de la simulación, los instrumentos de evaluación mediante autoinforme ocupan un lugar preponderante. En su mayoría, estos instrumentos pretenden detectar, con mayor o menor precisión, patrones de "mala imagen" o estilos de respuesta sobredimensionados, o bien patrones sintomatológicos infrecuentes o excepcionales, improbables y bizarros; en otras palabras, detectar la tendencia del sujeto a crear la impresión deliberada de sufrir alguna alteración o deterioro mediante la exageración o fabricación de síntomas y problemas, maximizando las características negativas de sí mismo, de tal forma que el profesional médico optimice tiempo, esfuerzo y sin entorpecer la relación médico paciente detecte un probable caso de paciente simulador. De ahí la importancia del presente estudio.

#### **4.- Objetivos**

##### Objetivo general

- Identificar las actitudes del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte, ante la sospecha de paciente simulador.

##### Objetivos específicos

- Determinar el grupo de edad más frecuente del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Determinar el sexo más frecuente del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Determinar años de antigüedad laboral del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Identificar tipo de contratación más frecuente del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte
- Identificar la ganancia externa del paciente simulador por el personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Identificar aspectos durante la entrevista del paciente simulador por el personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Identificar aspectos clínicos del paciente simulador por el personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Identificar aspectos del tratamiento del paciente simulador por el personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Identificar aspectos laborales del paciente simulador por el personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.
- Determinar el conocimiento de test por parte del personal médico de la consulta externa de ISSEMYM Ecatepec Norte.

## **5.- METODOLOGIA**

### Tipo de estudio

Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

### Población, lugar y tiempo

Se llevó el presente estudio con un total de 19 médicos de la consulta externa de medicina familiar de ISSEMYM Ecatepec Norte, durante el periodo de mayo de 2020 al 30 de octubre de 2020.

El presente estudio se realizó en la consulta externa de medicina familiar en las instalaciones del ISSEMYM Ecatepec Norte ubicado en Avenida Insurgentes s/n, colonia Las Américas, Municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México.

### Muestra

No probabilístico. Con el total de 19 médicos de la consulta externa de medicina familiar del Clínica de Consulta Externa Ecatepec Norte.

## **CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION**

### Criterios de inclusión

- Médicos que laboren en la consulta externa de medicina familiar del ISSEMyM Ecatepec Norte.
- Médicos de ambos turnos en la consulta externa de medicina familiar del ISSEMyM Ecatepec Norte.
- Médicos de la consulta externa de medicina familiar sin importar tipo de contratación.

- Que acepten participar en el estudio previo llenado del consentimiento informado

#### Criterios de exclusión

- Médicos de la consulta externa de especialidad del ISSEMYM Ecatepec Norte.

#### Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas o ilegibles.

#### Tipo y escala de medición de las variables y definición conceptual.

variable (índice / indicador)	tipo	Definición operacional.	escala de medición.	calificación	fuentes	análisis / control
Edad	Independiente	Tiempo en años que ha vivido una persona	ordinal	1. 25 a 29 años 2. 30 a 35 años 3. 36 a 40 años 4. 41 a 44 años 5. 45 a 49 años 6. Más de 50 años	Encuesta	Porcentaje Grafica
Sexo	Independiente	Características fenotípicas y genotípicas	nominal	1. Masculino 2. Femenino	Encuesta	Porcentaje Grafica
Tipo de contratación	Independiente	Relación laboral entre un trabajador y la institución.	nominal	1. Base 2. Suplente	Encuesta	Porcentaje Grafica
Categoría Médica	Independiente	Se refiere a la categoría o posición que ocupa una persona en una escala jerárquica.	nominal	1. Médico general 2. Médico Familiar	Encuesta	Porcentaje Grafica

Antigüedad	Independiente	Es el tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada.	ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 a 2 años</li> <li>2. 3 a 5 años</li> <li>3. 6 a 8 años</li> <li>4. 9 a 11 años</li> <li>5. 12 a 14 años</li> <li>6. Más de 15 años</li> </ol>	Encuesta	Porcentaje Grafica
Simulador	Independiente	Se trata de un fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con un fin interesado.	nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	Encuesta	Porcentaje
Guía de paciente simulador	Independiente.	Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada.	nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 ítems de Inmaculada Ferrerons Señor</li> </ol>	Encuesta	Porcentaje Grafica

## PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

En su trabajo de investigación de la maestra Inmaculada Ferrerons Señor, con grado de maestría en Psicología Clínica y de la Salud, denominado "La Simulación. Estrategias para su detección". Conformó una sencilla guía que realizó con la intención de que funcione como tamizaje a través de pistas durante la entrevista, lenguaje, tratamiento y seguimiento; de 15 ítems para establecer una sospecha clínica de simulación, para que el profesional puede utilizar, y posteriormente si se sospecha de simulación, realizar un estudio más pormenorizado del caso. Esta exploración e investigación clínica cuidadosa, permite la detección de inconsistencias del paciente en diversas interrogantes, o de la observación de su conducta en distintos ámbitos médico, terapéutico o rehabilitador que determinara la sospecha de un caso de paciente simulador y al ser identificado finalmente si se aplica o conoce algún instrumento por parte del Médico responsable para el diagnóstico de paciente simulador, que de pauta a optimizar sus tiempos de consulta.

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la información se realizó utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

### Recursos humanos

Para la realización del presente trabajo participaron el médico residente de tercer año titular del trabajo de investigación y los médicos de la consulta de medicina familiar

### Recursos materiales

Se utilizaron hojas tamaño carta para la carta de consentimiento informado y cuestionario, Laptop portátil, programa office 2013 paquetería de hoja de cálculo de tipo Excel.

### Recursos financieros

Los recursos financieros necesarios para la realización del presente estudio corren a cargo en su totalidad por el investigador titular.

## **6.- Consideraciones Éticas**

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escocía (2000).

#### **A. INTRODUCCION**

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

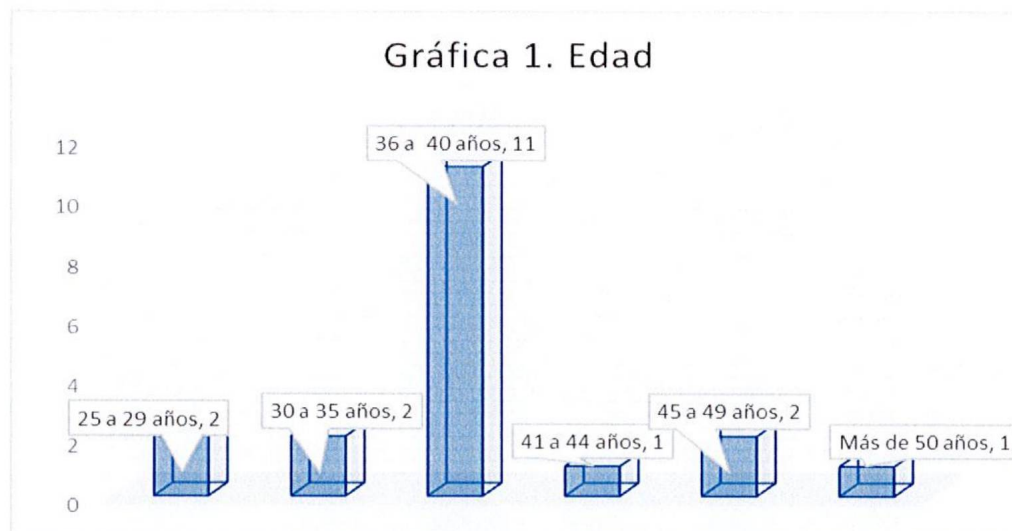
El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la asociación de bienestar para mejorar el curso de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y aplicados sin riesgo.

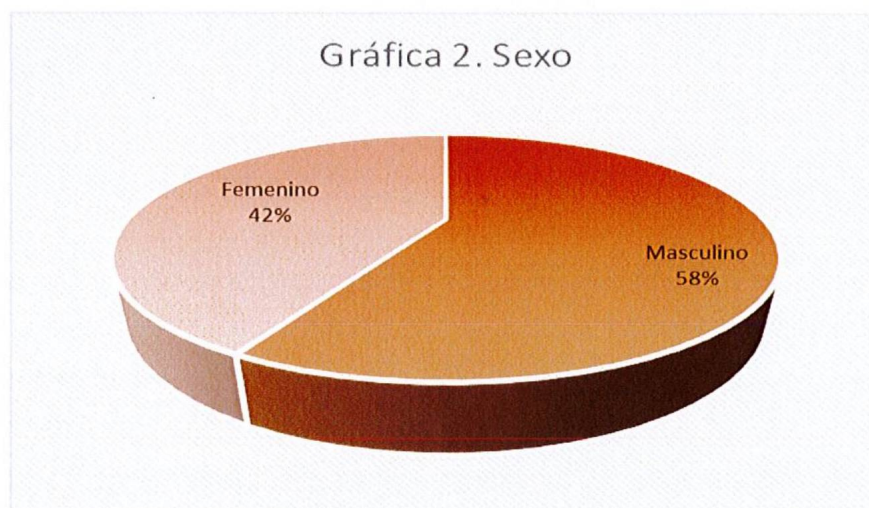
## 7.- Resultados

Con una muestra de 19 médicos asignados a la consulta externa de medicina familiar presento el rango de edad de 25 a 29 años el 10%, de 30 a 35 años un 10%, de 36 a 40 años fue el 58%, de 41 a 44 años el 6%, en el de 45 a 49 años un 10% y con más de 50 años un 6%. Gráfica 1



Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

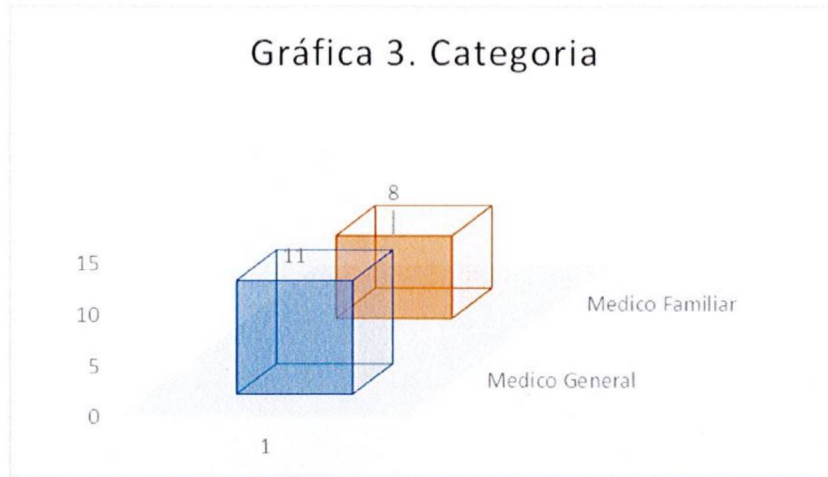
La frecuencia de sexo que presentaban en el momento del estudio los médicos de la consulta externa el 58% de ellos fueron del sexo masculino y el 42% del sexo femenino. Gráfica 2



Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

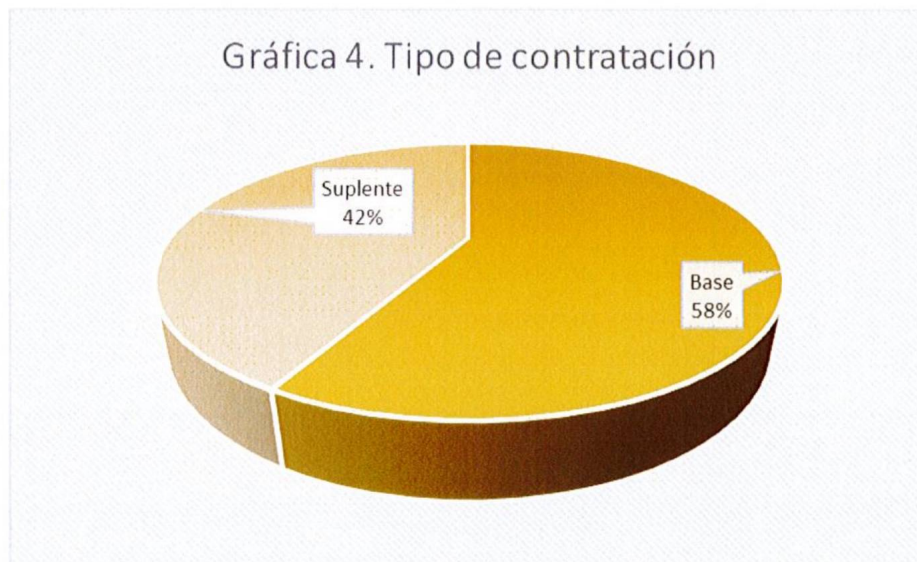


La categoría de los 19 médicos de consulta externa el 58% de ellos ostentaban el grado de médicos generales el y el 42% con el grado de médicos familiares. Gráfica 3



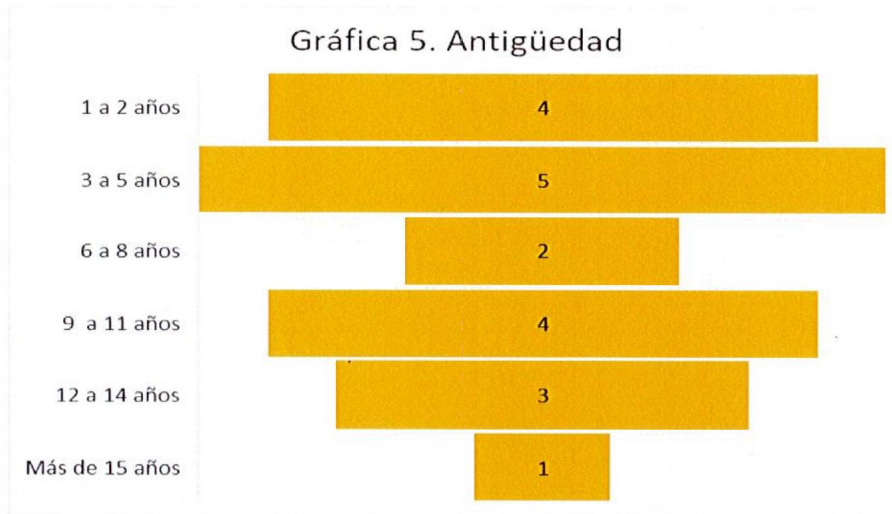
Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

Ya en la situación laboral que guardaban con el Instituto fue de médicos catalogados como de base el 58% de ellos y como suplentes el 42% de los médicos restantes. Gráfica 4



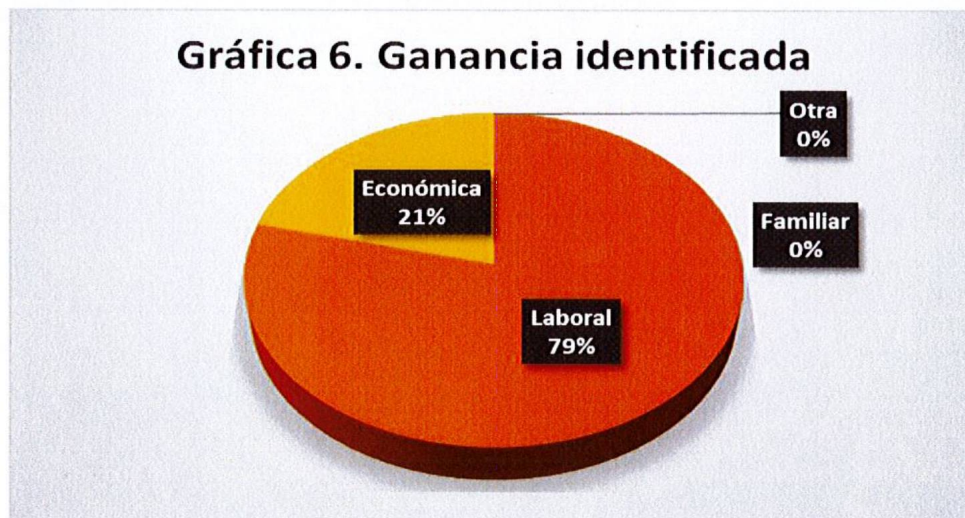
Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

El tiempo de antigüedad que los médicos de la consulta externa mantenían de 1 a 2 años fue de 22 % de ellos, de 3 a 5 años de antigüedad el 26%, de 6 a 8 años el 10%, de 9 a 11 años de antigüedad el 22%, de 12 a 14 años ya de antigüedad 16% y con más de 15 años de antigüedad el 4%. Gráfica 5



Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

Al interrogar si el medico normalmente identifica el tipo de ganancia que solicita el paciente simulador refieren que el 79% es de tipo laboral, el 21% de aspecto económico, no hacen referencia al aspecto familiar o alguna otra ganancia relacionada. Gráfica 6



Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

En referencia al llenado de la cedula de estrategias de detección de Ferrerons Señor destaca los aspectos en donde el porcentaje es del 100% de ellos en los rubros de identificar la ganancia probable, detecta discrepancias entre hallazgos clínicos y queja del paciente, con un 84% en los rubros de identificar poca tolerancia en la consulta, detecta baja adherencia al tratamiento, en donde los síntomas informados son divergentes con el conocimiento médico, la duración del tratamiento está por encima de lo esperado, quejas en relación a los médicos, personal o instituto, con un 89% la concordancia del lenguaje verbal con el no verbal, recaídas constantes y sospecha de actividad laboral incompatible con la situación de incapacidad. Y el rubro mas bajo con el 63% al mostrarse el paciente simulador con una evaluación conjunta. Con una 68% que no se detecta en forma inmediata la sospecha de simulación y de que si el paciente rechaza el tratamiento o exámenes. Tabla 1

Guía práctica que detecta en forma frecuente un paciente simulador por los médicos de consulta externa				
Interrogante	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Detecta en forma inmediata la sospecha de simulación	13	68%	6	31%
Identifica la ganancia probable.	19	100%	0	0
Identifica poca colaboración en la entrevista o exploración	16	84%	3	16%
Detecta baja adherencia al tratamiento médico o psicológico	16	84%	3	16%
Detecta discrepancia entre hallazgos clínicos y queja del paciente	19	100%	0	0%
Los síntomas informados son divergentes con la evidencia científica	16	84%	3	16%
Duración del tratamiento por encima de lo esperado	16	84%	3	16%
Historia anterior de las consultas en cuando a numero y duración	15	79%	4	21%
Quejas sobre los médicos, el personal de salud o instituto	16	84%	3	16%
El lenguaje verbal discrepa del lenguaje no verbal del paciente	17	89%	2	11%
Recaídas constantes ante la posibilidad de un alta laboral	17	89%	2	11%
Se muestra poco colaborador en una evaluación conjunta	12	63%	7	37%
Periodo corto de tiempo entre fecha de contratación y consulta	14	73%	5	27%
Sospecha de actividad laboral incompatible con la situación de incapacidad	17	89%	2	11%
Rechazo por parte del paciente al tratamiento o a la realización pruebas	13	68%	6	31%

Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

De los 19 médicos al reconocer sobre si tenían conocimiento de algún test sobre cómo identificar a un paciente simulador el 95% de ellos no tenían el conocimiento de algún instrumento y el 5% de ellos si tenían conocimiento de un instrumentos el total de ellos con grado de medicina familiar. Gráfica 7



Fuente: Estrategias para su detección de Inmaculada Ferrerons Señor

## **8. Análisis de resultados**

La simulación se considera una distorsión clínica voluntaria, que persigue obtener un beneficio externo de manera consciente, como determina la Dra. Katherine Villalobos Vargas y el Dr. Édgar Alonso Madrigal Ramírez; en su trabajo de Valoración médico legal de la simulación en lumbalgia crónica de índole laboral, y principal ganancia hace referencia de la combinación de los hallazgos del examen físico, el uso de cuestionarios y pruebas en general puede ayudar a detectar el dolor simulado de manera más objetiva. En este sentido los autores añaden el uso de las pruebas complementarias (estudios radiológicos, gabinete y laboratorio) y la revisión de documentación médica en el estudio de los casos para colaborar en el diagnóstico de simulación, tal cual se marca en los resultados del presente estudio, en donde se observa la identificación de una ganancia en el 100% de mayor predominancia el aspecto laboral con el 79% de ellos, además de la discrepancias entre hallazgos clínicos y queja del paciente en el 100%.

Así, los profesionales perciben las mayores tasas de simulación asociadas a personas de mediana edad con trabajos poco estimulantes y bajos o moderados ingresos, que comienzan sufriendo originalmente algún tipo de lesión o trastorno y deciden prologarlo en el tiempo para obtener beneficios a nivel económico o laboral. Los trastornos más propensos a simulación serán aquellos más prevalentes en la población general, más subjetivos y difíciles de verificar objetivamente y más proclives al carácter crónico.

En otro estudio realizado de Pablo Santamaría Fernández, hace énfasis y en otros estudios disponibles han remarcado de forma insistente la falibilidad del “ojo clínico” en la detección de simulación (Aamodt y Custer o De Paulo, Charlton, Cooper, Lindsay y Muhlenbruck) y la necesidad de emplear protocolos sistemáticos y objetivos que determinen la correcta asignación y eviten la comisión tanto de falsos positivos como de falsos negativos. Esto supone, en terminología de Rogers y Bender, pasar de un primer estadio evolutivo de detección de la simulación basado en la “intuición” a un segundo o tercer estadio que emplea medidas específicas desarrolladas para la evaluación y determinación del grado

de simulación. Que concuerda con el presente trabajo ya el 6(5 de los médicos generales detectan en forma inmediata a un probable paciente simulador y de ahí se inicia una serie de recursos clínicos, diagnósticos y conocimientos, aunado del uso de recursos diagnósticos de otro tipo y en su defecto de una segunda opinión en forma conjunta.

Finalmente es un hecho que es necesario de acuerdo a estos autores tener presenta instrumentos o flujograma de evaluación y detección de pacientes simuladores que de acuerdo a esto permitirá descartar o incluso realizar diagnóstico diferencial de probable patológica si no de tipo orgánica si de tipo psicológico o psiquiátrico, que no dificulte la relación médico paciente, ya que el 95% de los médicos del presente estudio desconoce algún instrumento o cuestionario de apoyo.

## 9.- Conclusiones

La simulación es un elemento que se debe sospechar siempre en una valoración clínica y que es más frecuente en un contexto médico legal relacionado a una condición de incapacidad temporal laboral, si bien el médico familiar no es un médico legista si es una médico que por necesidad debe llegar a un diagnóstico lo más certero posible y desarrollar sus habilidad en la relación médico paciente y una de las dificultades diagnósticas más frecuente se debe enfrentarse a probable paciente simulador. La expresión clínica no sólo depende de la naturaleza de la enfermedad sino de su gravedad, la fase de la historia natural en la que se encuentre, la respuesta del paciente.

La prevalencia de simulación es alta y verificarla es sumamente complejo; pero puede facilitarse si el médico evaluador integra la historia clínica, el examen físico, el estudio de documentación médica, el análisis de exámenes complementarios y el comportamiento del paciente y/o sus acompañantes. Al respecto, se recomienda evitar dar la impresión de que se sospecha una simulación y realizar distintas maniobras durante la exploración clínica que permitan reconocer discrepancias entre el padecimiento referido, y finalmente capacitar por parte del instituto en técnicas o instrumentos diagnóstico en pacientes simuladores de tal manera que no se de tipo confrontativo.

## **Bibliografía**

- 1.- Loayssa Laraa José Ramón, González García Fermín y Ruiz Moralc Roger. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. Aten Primaria. 2007; 39(6):291-7
- 2.- Bohorquez Gongora. Francisco. Relación médico paciente. Rev. Fac. Cienc. Salud. 2014; 6(6): 24-33.
- 3.- Lifshitz Alberto. La comunicación en la relación médico-paciente. Medicina Interna de México; 28 (2) marzo-abril 2012.
- 4.- Burford B, Greco M, Bedi A, Kergon C, Morrow G, Livingston M, et al. Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. Patient Educ Couns 2011; 84(2): 28-36.
5. - Burke S, Bennett C, Bedward J, Farndon P. The experiences and preferences of people receiving genetic information from healthcare professionals. Birmingham: NHS National Genetics Education and Development Centre 2007.
6. - Ágreda J, Yanguas E. The difficult patient: who he is and how to deal with him. ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 65-72.
- 7.- Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. Aten Primaria 2003; 31.
- 8.- Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996; 4:243-50.
- 9.- Hernández Gamboa Luis. Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. Revista CONAMED. 2001: 9 (20), julio – septiembre.
- 10.- Bascuñán M Luz. Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction. Rev Méd Chile 2015; 133: 11-16.
- 11.- Celedón L. Carlos. Relación médico paciente. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 51-54.



- 12.- Martín M. N. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Primaria 2000; 6: 443-7.
- 13.- Villalobos Vargas Katherine, Madrigal Ramírez Édgar Alonso. Valoración médico legal de la simulación en lumbalgia crónica de índole laboral. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. 2015: 10 (1); 53-61.
- 14.- Navarro Arribas C., Chicano Díaz S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. MEDIFAM 2013; 13: 29-34.
- 15.- Luz Chica Urzola Heydy, Escobar Córdoba Franklin, Óscar Folino Jorge. La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005, Suplemento No. 1, Vol. XXXIV.
- 16.- Capilla Ramírez P., González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. Trauma Fund MAPFRE. 2009; 20 (4): 255-263.
- 17.- Santamaría Fernández Pablo. Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. 2014.
- 18.- Ferrerons Señor Inmaculada. La simulación estrategias para su detección. Psicología Clínica y de la Salud. ISEP Valencia. Revisión bibliográfica. Septiembre de 2011.
- 19.- Widows M. R. Smith G. P. SIMS: Inventario Estructurado de simulación de síntomas. Adaptación española Héctor González Ordi y Pablo Santamaría Fernández. 2005. TEA Ediciones.
- 20.- Quezada-Ortega y otros. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. [www.scielo.unam.mx](http://www.scielo.unam.mx)
- 21.- Ordóñez Fernández, M. P. ¿Histeria, Simulación o neurosis de renta? [www.scielo.isciii.es](http://www.scielo.isciii.es)