

Sospecha clínica de simulación, somatización o un trastorno facticio en medicina laboral: *Bases para su manejo integral.*

Juan David Méndez Amaya

Médico y cirujano de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Abogado de la Universidad Libre de Cali.

Especialista en medicina del trabajo y laboral de la Universidad CES.

Diplomado en calificación de origen y PCL de la u. Nacional y el M.P.Social.

Estudiante de especialización en valoración del daño corporal.

Coordinador de la Unidad de Medicina Laboral de Colmedicos S.A.

judame@gmail.com

juan.mendez.contratista@colmedicos.co

Abstract

La simulación es la intención de engaño acerca de una patología o su alcance funcional con el fin lograr un beneficio, generalmente de tipo económico.

El trastorno facticio, es el fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas, asumiendo el papel de enfermo en ausencia de un incentivo externo económico para dicho comportamiento.

La somatización se caracteriza por la búsqueda de ayuda médica para el tratamiento de síntomas que generan algún grado de discapacidad. Éste trastorno puede ser una reacción ante situaciones vivenciales de estrés, puede ser recurrente o cronificarse si no es tratado e intervenido integral y oportunamente.

Las anteriores situaciones son cada vez más frecuentes en los estrados médico-laborales y generalmente generan una barrera en la relación médico paciente que conlleva a la inadecuada valoración del daño en la salud, en ocasiones por la confusión de los tres panoramas expuestos y su abordaje a la luz de los lineamientos del SGSSI.

No debe confundirse la simulación o somatización con la "amplificación" clínica, que puede ser un mecanismo inconsciente del trabajador afectado para afrontar su cuadro actual o pasado y que generalmente nace de las características reales de su personalidad y de experiencias previas en su contexto bio psico social.

Con la presente ponencia se dan herramientas teóricas con alcance práctico para que los especialistas en medicina del trabajo, laboral o salud ocupacional, aborden integralmente al trabajador con sospecha de simulación, somatización o un trastorno facticio.

Palabras clave: Simulación, Amplificación, Somatización, Facticio, Laboral, Trastorno.

Contenido

Para abordar el tema en comento, desarrollaremos los 4 puntos cardinales de su enfoque integral:

1. Generalidades de la simulación, somatización o un trastorno facticio en medicina del trabajo y laboral.
2. Evaluación multiaxial del paciente con sospecha de simulación, somatización o un trastorno facticio.
3. Pruebas de screening para un abordaje integral.
4. Manejo del trastorno facticio, la simulación o somatización en el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI).

Generalidades de la simulación, somatización o un trastorno facticio en medicina del trabajo y laboral:

La simulación, es la acción de simular, fingir o imitar algo que no es o existe¹. Comúnmente observamos que algunos médicos, encasillan como “simulador” a cualquier paciente que en el contexto clínico o médico laboral, presente incongruencia entre la sintomatología referida (anamnesis), lo esperado para la patología (historia natural de la enfermedad – cinemática del trauma) y el resultado de las ayudas diagnósticas practicadas, sin entrar a realizar un estudio médico que permita mediante un abordaje integral y ético, conocer el trasfondo de tal incongruencia, desconociendo aquel mandato legal que nos prohíbe “*hacer pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas*”².

“La simulación es tan antigua como la humanidad, puesto que la hipocresía y la mentira han sido en todo tiempo válidas. Ya en la Biblia se recogen casos de simulación. El rey David simula la locura al caer prisionero. Ulises para no ir a la guerra de Troya. En Atenas y en Roma hay una serie de documentos históricos en los que se citan casos de

simulación con fines políticos. El Papa Pío V simula vejez los días anteriores al Cónclave que le llevaría al papado. El mismo San Juan de Dios simula locura para poder ser ingresado en el manicomio de Granada y conocer las necesidades de los enfermos”³.

La prevalencia de dicha entidad se estima en un 1% entre los pacientes de salud mental que se atienden en la práctica particular; en un 5% en el campo militar.⁴ Otras estadísticas de manera acertada indican que su prevalencia es desconocida y difícil de determinar objetivamente⁵. No obstante, en un estudio mexicano cuyo objetivo era describir la frecuencia y características de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social con trastornos de simulación que solicitan pensión por invalidez, se encontró⁶ una tasa de incidencia de simulación de 2.2/100,000 trabajadores, realizándose el diagnóstico en 51 (37%) trabajadores de los cuales 35 fueron mujeres y 16 en hombres. Se observó que dicho grupo presentó un promedio 613 días de incapacidad previo al dictamen y que eran trabajadores en su gran mayoría cualificados con mayor frecuencia que los obreros y empleados ($p < 0.05$). Así mismo, desde el punto de vista clínico los trabajadores simuladores presentaron una menor frecuencia síntomas depresivos ($p < 0.025$), un mayor nivel de escolaridad (media superior), ($p < 0.02$).

Actualmente no se conoce, ningún factor predisponente desde el punto de vista genético, neurofisiológico, neuroquímico, neuroendocrino, metabólico o biológico asociado con la simulación⁷.

Existen muchas razones para la simulación de una patología o sintomatología referida⁸:

- a) Evasión de la responsabilidad jurídica: por ejemplo la simulación de locura al momento de un homicidio para ser catalogado como inimputable o interdicto.
- b) Evitar reclutamiento militar o el desarrollo de actividades laborales peligrosas o de alta exigencia física.
- c) Beneficio económico: recibir una indemnización por incapacidad permanente parcial de origen laboral⁹ o a través del seguro de accidentes de tránsito¹⁰. En el campo laboral, la simulación se expresa con mayor intensidad en la obtención de una pensión¹¹.
- d) Evasión de trabajo, responsabilidad social y consecuencia sociales.
- e) Facilitar el traslado de la prisión a la casa u hospital.
- f) Ser internado.

- g) Obtención de fármacos que pueden ser utilizados como mercancía.
- h) Custodia de los hijos.

La *disimulación* es el fenómeno opuesto a la *simulación*. En ella se oculta una patología existente con igual ánimo de ganancia secundaria o fraude¹². Por lo tanto encontramos tres características comunes para ambas situaciones¹³:

1. Voluntad consciente del fraude.
2. Imitación de una patología o la ocultación clínica de la misma.
3. Fin utilitario para obtener un beneficio o provecho, propio o para otros.

Puede existir una simulación puntual o reiterativa, siendo éste último escenario el más complejo de abordar ya que son sujetos con conocimientos determinados sobre la enfermedad o enfermedades simuladas¹⁴.

Como es apenas lógico, existe una gran posibilidad de síntomas y patologías que pueden ser simuladas, resumiendo su presentación en¹⁵:

- I. ***Síntomas mentidos de Chavigny***: no se encuentra ningún tipo de signos o manifestaciones externas de enfermedad y el simular sólo afirma algún tipo de sintomatología.
- II. ***Simulación propiamente dicha***: actúa como un actor, se encuentran signos objetivos funcionales sometidos a control de la voluntad como disfonía, temblor, tartamudez, etc.
- III. ***Imitación***: Se encuentran signos objetivos de daño, ya que el paciente recurrió o utilizó aparatos - productos para aparentar la existencia de un trastorno real. Ejemplo la ligadura de un miembro para simular edema.
- IV. ***Provocación de síntomas***. El simulador se somete a tratamientos con el fin de producirse los trastornos que desea, sin lograrlo.

En España, los profesionales de la salud tienen una percepción de simulación cercana al 50% y en patologías de capital importancia como los trastornos por dolor crónico (esguince cervical, lumbalgia y cervicalgia) y los afectivos - emocionales (ansiedad y depresión)¹⁶.

Se considera que la simulación puede ser una respuesta ante la necesidad de elegir situaciones que generen en un contexto adverso una mejor relación costo beneficio. Así, la mayor tasa de simulación se asocia a personas de mediana edad (habitualmente con mayores cargas familiares asociadas y más beneficiadas con las indemnizaciones), con trabajos poco estimulantes y de bajos o moderados ingresos. Según los profesionales de la salud¹⁷:

- i. Hay mayor tasa de simulación en trabajadores con peores condiciones económicas y laborales.
- ii. Se simulan más frecuentemente las patologías prevalentes en la población, de carácter crónico o las más subjetivas a la hora de verificar: fibromialgia, lumbalgia crónica, ansiedad y depresión.

El **trastorno de somatización (*Síndrome de Briquet*)**, es una patología que se caracteriza por la multiplicidad de síntomas somáticos en diferentes órganos y que aparece a lo largo de un periodo de varios años, generando un deterioro significativo y/o la búsqueda de tratamiento^{18.19}. En ocasiones puede presentarse como una reacción transitoria ante un evento estresante y tiene la posibilidad de recurrir y cronificarse, en cuyo caso el 50% se asocia a comorbilidades como depresión o ansiedad²⁰.

Se calcula que tiene una prevalencia del 0,2 a 2% en la población general con una proporción mujer a hombre de 5:1. Los rasgos de personalidad que con mayor frecuencia se le asocian son los paranoides, obsesivo-compulsivos y autodestructivos²¹.

La somatización es un reflejo común de estrés emocional en el que se aprecia una preocupación o exageración inconsciente de síntomas físicos. Explica muchos de los etiquetados "*síndromes inespecíficos de dolor*" a nivel de espalda, manos etc. Se considera que de un 50 a 70% de los pacientes que tienen una patología psiquiátrica de base, al inicio de la misma, presentaban síntomas somáticos que enmascaraban la alteración psiquiátrica, especial mención, la depresión²².

Cuando un trabajador con una baja o inadecuada capacidad de adaptación o resiliencia, es sometido a estrés o se enfrenta a cambios en su vida (económico, personal, laboral o familiar), puede aparecer la somatización como un mecanismo inconsciente. Lo anterior puede jugar

un papel importante ante un contexto social adverso.

Ya corresponde al facultativo en psiquiatría determinar el tipo de trastorno de somatización (conversión, hipocondriasis, dismórfico corporal etc.).

Se desconoce la causa de los trastornos de somatización, describiéndose varios factores que pueden contribuir:

- **Psicosocial²³:** trata sobre la producción no intencional de síntomas físicos como un mecanismo de comunicación social para evitar obligaciones, expresar emociones o simbolizar sentimientos o creencias. Juega un papel importante las enseñanzas en la infancia y contexto social.
- **Biológico²⁴:** orienta hacia una base neuropsicológica como un déficit subyacente en la atención o cognición. Algunos estudios demuestran una disminución del metabolismo a nivel frontal.
- **Genético²⁵:** entre el 10-20% de las mujeres con un parentesco en primer grado de pacientes con dicha patología, la padecen también. Los hombres parientes de mujeres con trastorno de somatización, tienen un riesgo aumentado de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad o consumo de psicoactivos.

El cuadro clínico de un trastorno de somatización, es el de presentar una historia personal de gran cantidad de síntomas somáticos. A menudo se convence de haber tenido una mala salud en la infancia o a lo largo de su vida. Suele asociarse a otros trastornos mentales. De acuerdo a lo anterior, describiremos las tres características más relevantes que sugieren la presencia de dicho trastorno (somatización)²⁶:

1. Síntomas referentes a múltiples órganos.
2. Inicio precoz con cronificación sin signos físicos ni anomalías estructurales.
3. Ausencia de criterios objetivos o analíticos de la patología o afección médica sugerida.

Debe diferenciarse entre la esquizofrenia y otros trastornos somáticos con múltiples ideas delirantes somáticas y los síntomas somáticos no delirantes de las personas con trastornos de somatización²⁷.

Evaluación multiaxial del paciente con sospecha de simulación, somatización o un trastorno facticio:

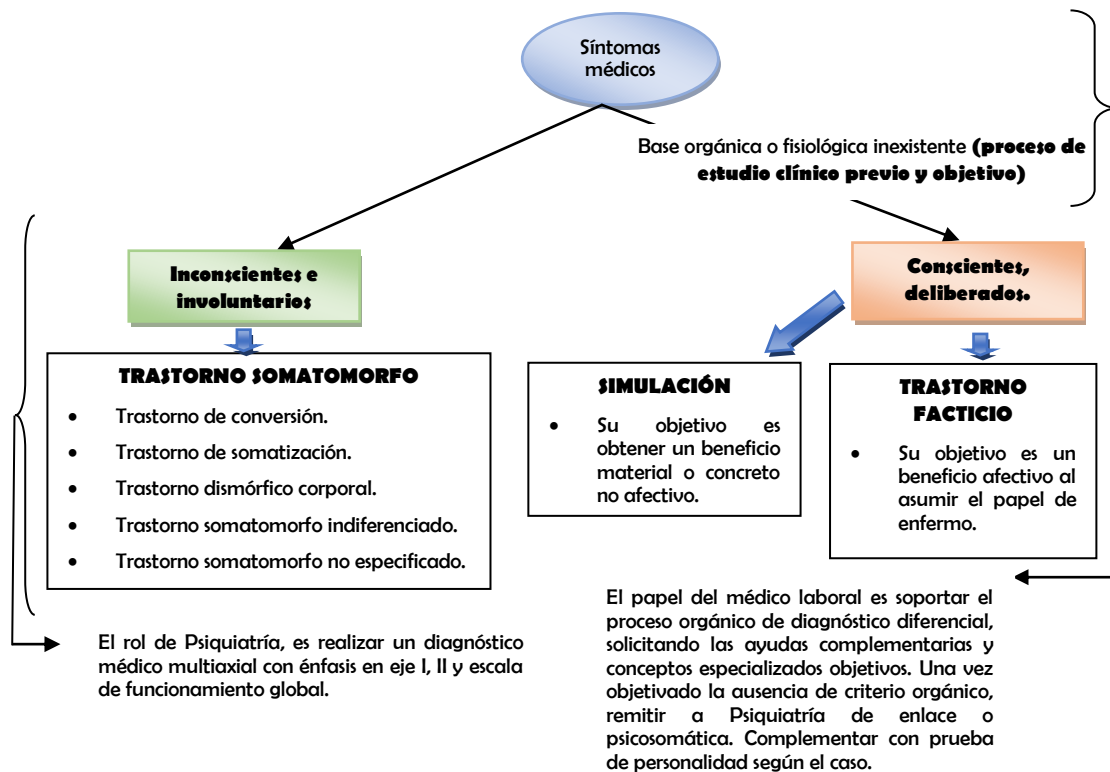
El valorador debe tener claro que ante un simulador se debe esperar la ausencia de colaboración en el proceso²⁸, por lo tanto al evidenciar la disociación clínico- paraclínica-anamnesis, lo primero antes de rotularlo como tal, es objetivar el componente físico o psiquiátrico en relación al contexto clínico en el que se desarrolla. Se debe diferenciar de la enfermedad psiquiátrica o física real antes de dictaminar "simulación", toda vez, es posible que por mecanismos dinámicos y no intencionales se puede estar atribuyendo equivocadamente síntomas reales (depresión) a una causa ambiental incorrecta²⁹. Así mismo debe recordarse que un trastorno de simulación no excluye la existencia de un trastorno psiquiátrico³⁰.

El trastorno facticio se diferencia de la simulación por la motivación o voluntad consciente, mientras que ésta no se presenta en los trastornos somatomorfos. El trastorno de conversión puede ser difícil de diferenciar del segundo, toda vez, los signos objetivos encontrados por el evaluador no pueden explicar la totalidad de experiencias subjetivas manifestadas por el evaluado³¹.

En el **trastorno facticio** de finge estar enfermo para obtener cuidado emocional lo cual es la principal diferencia con la simulación³². En 1951 Richard Asher acuñó en *Lancet* el término de *Síndrome de Munchausen*, en relación a pacientes que maquillaban su historial clínico para ser internados, trasladándose de un lugar a otro³³. Se calcula una prevalencia del 0.8 a 1% de pacientes que acuden a una consulta psiquiátrica y dos tercios de estos pacientes son varones y sin vínculos sociales o familiares significativos y muchos de los pacientes con éste síndrome tienen comorbilidades en la salud mental en especial trastornos del estado del ánimo, personalidad o por consumo de psicoactivos.

La historia natural de esta patología indica que los que la padecen habitualmente perciben rechazo por uno o ambos padres, siendo incapaces de formar con ellos vínculos estrechos. El trastorno en sí, es una forma de compulsión de repetición donde se repite el conflicto básico de necesidad, búsqueda de amor y aceptación, al tiempo que se espera que no lleguen. El paciente convierte entonces a los profesionales de la salud en figuras paternas que lo rechazan³⁴.

Proceso diagnóstico diferencial:



Cuadro 1. Proceso de diagnóstico diferencial ante síntomas sin sustrato orgánico objetivo. Adaptado de la figura 19.2 de Sadock J. Benjamín & Sadock Virginia A. Synopsis of Psychiatry. 10ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

El diagnóstico diferencial ante un paciente con múltiples quejas y disociación clínico paraclínica anamnesis, siempre debe iniciar con el estudio de una patología real.

El trastorno facticio está en medio de la simulación (asume el rol de enfermo de manera intencionada y consciente en búsqueda de una ganancia secundaria) y la somatización (consciente o involuntariamente produce síntomas). El primero se distingue de la somatización, por la producción voluntaria de síntomas, la historia de múltiples ingresos hospitalarios y la voluntad del paciente en someterse a intervenciones o procedimientos riesgosos. Adicional a lo anterior los pacientes somatizadores comúnmente no utilizan la terminología médica y su sintomatología tiene una relación directa con conflictos emocionales concretos³⁵.

Por las mentiras, ausencia de relaciones estrechas, su manera hostil, el posible abuso de sustancias y antecedentes criminales, los pacientes con trastorno facticio generalmente son diagnosticados con un trastorno antisocial de la personalidad, pero los últimos, no suelen someterse voluntariamente a procedimientos o intervenciones quirúrgicas³⁶.

Los simuladores tienen un motivo evidente e identificable en su entorno para provocar signos y síntomas. Generalmente la producción de aquellos cesa al lograr los objetivos o cuando el riesgo se vuelve demasiado alto³⁷.

Se debe realizar una historia clínica completa e integral, dirigida a los Ejes de la discapacidad, según el sistema de valoración multiaxial³⁸:

- **Eje I o Individual:**

Se debe tener en cuenta la edad, género, contextura, antecedentes personales patológicos, medicamentosos, los hallazgos a la evaluación médica general, el grado de congruencia clínica entre los hallazgos al examen físico y la sintomatología referida por el evaluado. Es el insumo inicial para la sospecha metódica.

- **Eje II o Diagnóstico:**

Evaluar la carga probatoria del diagnóstico simulado siempre con el objetivo inicial de determinar si la afección es real o no tiene un sustrato orgánico objetivo. Se debe utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 y explorar el origen de la patología y la expectativa existente en el usuario o su núcleo familiar frente a la calificación de origen o calificación de secuelas y pérdida de capacidad laboral.

- **Eje III o Funcional subjetivo:**

Se evalúan las limitaciones funcionales del trabajador con base a la CIF, describiendo de forma genérica y detallada de acuerdo al grado de dominio de esta clasificación las restricciones en la participación y las limitaciones en la actividad³⁹ **que refiere el paciente.**

- **Eje IV o Desempeño objetivo⁴⁰:**

En este eje se debe evaluar el desempeño global del paciente

durante la consulta y su papel ocupacional, familiar y social relatado en la anamnesis. Es indispensable tener presente el modelo de ocupación humana y el grado de desempeño del usuario en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, Baño, Vestido, uso del sanitario, transferencia, continencia, comida) y la utilización de prótesis, ortésis u otro tipo de instrumentos, así como el grado de adaptación física y psicológica a ellos. Se debe evaluar también la dependencia a otros equipos biomédicos, la necesidad de asistencia a sesiones de control con grupo de rehabilitación tratante que condicionen su disponibilidad de tiempo o afecten su autonomía personal. **Lo anterior debe concatenarse con los ejes anteriores y correlacionar lo observado al examen físico, la historia natural de la enfermedad o sus secuelas y lo referido por el trabajador.**

- **Eje V o Pronóstico:**

En este campo se debe explorar el pronóstico esperado por el paciente, preguntarle que desea de la valoración o cual sería el resultado que él considera adecuado.

Una manera de conocer la existencia de conflictos internos en el paciente frente a su condición de salud, es trasladándole la carga ideativa, aplicando las siguientes preguntas⁴¹:

- ¿Qué piensa de su enfermedad?
- ¿Quiere volver a trabajar?, ¿En cuánto tiempo?, ¿Por qué?
- ¿Cómo cree que le afectara en su trabajo?
- ¿Tendría problemas en su trabajo por ejemplo con su jefe o compañeros si se modifican sus actividades por un tiempo?

LaDou⁴², señala 3 pruebas de utilidad para la evaluación del reintegro, un punto importante de evaluar ante un trabajador con sospecha de simulación, amplificación, disimulación, trastorno facticio o somatización, las preguntas referidas en la fuente fueron contextualizadas:

1. Prueba de la Tienda de Abarrotes: Prueba rápida de detectar condiciones individuales que generen indicación de prórroga de incapacidad; el evaluador se pregunta ¿si el paciente fuera dueño de la tienda de abarrotes de la esquina y no tuviera a nadie que lo cubriera, tendría forma segura de ir a trabajar y permanecer ahí?, si la

respuesta es positiva se deberá realizar reintegro laboral e indicar las recomendaciones médicas pertinente y si es negativa, se deberá evaluar los motivos por los cuales el usuario no puede asistir a su trabajo para definir prorroga de incapacidad.

2. La Prueba del Obstáculo: permite detectar aspectos ambientales o logísticos como causa de la incapacidad, el evaluador se pregunta ¿Qué hay en su puesto de trabajo que le impide ir a trabajar? ¿Cuál es el efecto de su incapacidad para estar hoy en el trabajo?
3. El signo de la Topinera: Indica cuales son los aspectos motivacionales que están generando la incapacidad; Es positivo cuando una condición de salud menor, está causando un gran impacto en la vida diaria y la actividad laboral del usuario; Si es positivo se debe orientar hacia la búsqueda de aspectos motivacionales como son falsas creencias, búsqueda de ganancia secundaria, capacidad de adaptación.

- **Eje VI u Ocupacional:**

Realizar una breve descripción del puesto de trabajo del paciente, con énfasis en las actividades que puedan empeorar su estado o condición de salud, dejar claro postura base de trabajo, manejo de carga, distancias, uso de ayudas mecánicas, carga mental, trabajos de alto riesgo o en condiciones especiales como subterráneos, etc., si aplica de acuerdo al motivo de consulta.

Si la información es confusa o vaga, se deberá solicitar de manera formal ante el empleador un estudio de puesto de trabajo para determinar los factores ocupacionales presentes (Médicos externos) o realizar una visita de campo al puesto de trabajo del usuario para conocer su puesto de trabajo e integrar la información para su valoración (Médicos de empresa). **En estos trabajadores se deben tomar conductas laborales objetivas.**

La valoración por terapia ocupacional brinda una ayuda valiosa en la cuantificación o caracterización técnica de las condiciones de trabajo del usuario en casos de difícil definición, manejo o riesgo medico laboral.

- **Eje VII o Impresión diagnóstica integral:**

Teniendo en cuenta la información recolectada en la evaluación multiaxial del usuario se procederá a realizar un análisis técnico frente a la procedencia de la sospecha de un trastorno de somatización, amplificación, disimulación o un trastorno facticio.

Así mismo al integrar lo anterior, se tendrá un panorama que permite al médico laboral y al grupo interdisciplinario tratante, tomar conductas ocupacionales ajustas a la realidad funcional, material y al manejo más adecuado del trabajador para un exitoso cierre del caso, como es, determinar si es viable iniciar con reintegro laboral, continuar prorroga de incapacidad temporal y enfocar el proceso diagnóstico, terapéutico y rehabilitador según el caso.

Pruebas de screening para un abordaje integral:

No existe una prueba directa que permita por si sola realizar un diagnóstico definitivo. Las pruebas psicológicas permiten evidenciar una patología concreta concomitante.

Un perfil no valido con la elevación de todas las escalas clínicas del MMPI-2 o Inventario Multifasico de la Personalidad de Minessota-2, denotan un intento por parecer más trastornado de lo que se está (falso mal), lo cual puede orientar hacia una simulación o trastorno facticio⁴³.

La personalidad se corresponde con la manera de pensar, sentir, interrelacionarse y enfrentarse a los acontecimientos de la vida diaria. Se compone de una serie de rasgos cualitativos que por sus múltiples combinaciones da lugar a las diferentes formas de ser de las personas. La presencia de esos rasgos constituye el temperamento nato del ser humano que es moldeado a través de la educación, cultura, influencias contextuales a nivel social, ambiental etc., impregnado la personalidad del carácter (adquirido). En ese sentido la personalidad se define por el desarrollo en mayor o menor grado de un rasgo frente a otro. Son rasgos fundamentales de la personalidad el estado de ánimo, la actividad, la introversión o extroversión, el orgullo, egocentrismo, generosidad, estabilidad emocional, la autoexigencia, la forma de afrontar las frustraciones, la confianza o desconfianza en los demás, el estar abierto a nuevas experiencias etc.⁴⁴.

Los cuestionarios de la personalidad se han confeccionado como una serie de preguntas que el evaluado debe autoaplicarse respondiendo falso o verdadero u optando por una de las respuestas propuestas. El resultado es un perfil frente a un rango pre establecido de normalidad. Estos cuestionarios se han diseñado para evaluar la sinceridad (fiabilidad) de las respuestas⁴⁵.

De acuerdo a lo anterior haremos un breve resumen de las diferentes pruebas de personalidad que pueden aplicarse en nuestro medio⁴⁶:

Nombre	Descripción
Cuestionario de la personalidad de 16 factores de Cattell (16-PF)	<p>Se analizan 16 factores entre ellos: ajuste-ansiedad que indica el nivel de neuroticismo; introversión-extroversión; socialización controlada, dependencia e independencia.</p> <p>No se recomienda para el estudio de la somatización, simulación etc.</p>
<p>Inventario Multifasico de la Personalidad de Minnesota versión 2. MMPI-2.</p> <p>La actual versión es MMPI-2-RF.</p>	<p>Es un cuestionario de 567 preguntas, construido como un instrumento para el psicodiagnóstico diferencial en las patologías psiquiátricas.</p> <p>Cuando se aplica destaca los rasgos de su personalidad y la forma de enfrentarse a las relaciones interpersonales y al medio.</p> <p>Los rasgos evaluados son: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicótica, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía e introversión social.</p> <p>Se recomienda para el estudio de la somatización, simulación y trastorno facticio, etc.</p>
Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ)	<p>Enfocado a las dimensiones o ejes que según su autor definen la manera de ser y reaccionar:</p> <p>Introversión/ extroversión; neuroticismo; psicoticismo.</p>

	Se recomienda complementaria al MMPI-2 para el estudio de la somatización.
Test Psicodiagnóstico de Rorschach y Machover⁴⁷.	<p>Es una combinación complementaria en si donde se combina el test de Rorschach y el de Machover.</p> <p>Test de Rorschach: se realiza a través de 10 láminas con manchas de tinta no estructuradas y por lo tanto, susceptibles de diversas interpretaciones.</p> <p>Hay respuestas denominadas vulgares por lo común entre los evaluados.</p> <p>Cuando la respuesta está bien vista, indica inteligencia, mientras que las respuestas de figuras humanas, animales antropomorfos percibidos por el movimiento, se relacionan con la afectividad.</p> <p>El Test de la Figura Humana o de Machover, es el dibujo de la figura humana donde se vehiculiza aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. En lo anterior, confluyen sus experiencias personales, representaciones psíquicas, estereotipos, cultura, la aceptación o no de su etapa vital, identificación y asunción del propio sexo y el grado de estabilidad y dominio de sí mismo.</p> <p>El resultado de estas pruebas proporciona información muy útil y complementa acerca de la inteligencia del sujeto, la afectividad, la impulsividad, la introversión o extroversión, el estado de ánimo, la angustia o ansiedad, los conflictos personales. Delirios etc.</p> <p>Se recomiendan complementarias al MMPI-2 para el estudio de la somatización, rasgos de personalidad y en los procesos de calificación de origen de patologías derivadas del estrés.</p>
Test de Frustración de Rosenzweig	El evaluado se enfrenta a situaciones frustrantes definidas o plasmadas en 24 láminas tipo comic, en la que una persona tiene parte del texto y el evaluado debe

	<p>complementar el de la otra persona. De manera proyectiva evalúa como la persona maneja su agresividad en el supuesto de encontrarse ante esa situación.</p> <p>Se recomiendan complementarias al MMPI-2 para el estudio de la somatización, simulación, trastorno facticio, rasgos de personalidad y en los procesos de calificación de origen de patologías derivadas del estrés.</p>
SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas⁴⁸.	<p>De reciente aplicación y con evidencia que tiene a catalogarlo como un instrumento valioso.</p> <p>Se recomienda utilizar la puntuación total como mejor indicador de la sospecha de simulación, considerando la información de las escalas de forma secundaria para ver qué posibles áreas de sintomatología pueden estar simulándose.</p> <p>Se recomienda complementarla con el MMPI-2 ante la sospecha de simulación o trastorno facticio.</p>
TOMM. Test de Simulación de Problemas de Memoria.	<p>Es una prueba de memoria de reconocimiento visual con 50 ítems que permite discriminar entre los sujetos que simulan problemas de memoria y los que realmente los padecen.</p>

Cuadro 2. Pruebas utilizadas en la exploración complementaria de la personalidad.

Existen diferentes escalas de evaluación de la conducta complementarias o estudio inicial de objetivación de síntomas como la escala de Zung para ansiedad y depresión, útil como tamizaje inicial para evaluar un trastorno subyacente de ansiedad y depresión. Estas escalas fueron validadas en Colombia.

Cuando los anteriores test se utilicen para la detección de simulación no están excluidos de manera expresa del POS, toda vez la Resolución 5521 de 2013⁴⁹ sólo excluye las pruebas de detección de simulación y disimulación a nivel auditivo (*EVALUACION AUDIOLOGICA*. *Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.3), salvo: Pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación), Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central y Pruebas de simulación y disimulación*). En la

normatividad aplicable se entiende por consulta psicológica, la *"valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la determinación de un plan de tratamiento"*.

Manejo del trastorno facticio, la simulación o somatización en el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI):

El pronóstico de la persistencia en la simulación es directamente proporcional a la posibilidad o materialización de la ganancia, por lo tanto en ausencia de una patología subyacente o concurrente (Trastorno de personalidad), una vez lograda la recompensa los síntomas simulados desaparecen⁵⁰.

El papel del médico laboral o evaluador debe girar en la calma clínica y la neutralidad médica. Como se indicó, si existe la sospecha de simulación, lo primero es realizar un minucioso acto médico (una adecuada historia clínica con descripción semiológica detallada) complementándolo con las ayudas objetivas pertinentes y los conceptos médicos especializados del caso (solicitar diagnóstico objetivo, grado de correlación clínico- paraclínica-anamnesis), para una vez armado el rompecabezas, evaluar la posibilidad de confrontar con tacto y firmeza al usuario o rotularlo como "Patología No orgánica". Es importante distinguir entre simulación y la magnificación de los síntomas⁵¹.

La búsqueda del móvil de la simulación no es labor del médico valorador⁵².

El trastorno de somatización es crónico, fluctuante y recidivante, casi nunca remite por completo. Se ha demostrado una probabilidad de 80% para recidiva en 5 años y la probabilidad de sufrir una afección médica objetiva durante los 20 años siguientes al diagnóstico de la patología es igual al de la población sin dicho trastorno⁵³. El trastorno de somatización se trata más fácilmente cuando el cuidador principal es un médico único, ya que a mayor número de profesionales, mayor probabilidad de referenciar síntomas somáticos y una vez realizado el diagnóstico, se debe enfocar los síntomas somáticos como expresiones emocionales más que como síntomas de origen médico⁵⁴.

En la exploración médica laboral, de manera complementaria debe buscarse la entrevista con un familiar o amigo, disponibles y fiables para una mejor caracterización de los síntomas y poner de manifiesto la falsa naturaleza de los síntomas como en el trastorno facticio⁵⁵.

En todo caso es imperativo evitar un interrogatorio agresivo o acusador para no llegar a una situación violenta o de código blanco.

Por regla general los trastornos facticios inician durante los primeros años de la vida adulta, generalmente después de producirse una auténtica enfermedad, pérdida, rechazo o abandono. Ningún tratamiento psiquiátrico ha resultado efectivo y en muchos casos se niegan a recibir un tratamiento significativo con abandono terapéutico o fuga del centro hospitalario. El tratamiento se debe enfocar más en el manejo que en la cura de la patología⁵⁶. Las relaciones personales con los profesionales de salud tienen capital importancia en el desarrollo de alianzas terapéuticas.

Los médicos deben tratar de no generar barreras inconscientes frente a los pacientes con estas patologías, más cuando sienten humillado su capacidad diagnóstica y terapéutica. Su demanda en el manejo no es personal contra el médico, por lo tanto en el caso de la simulación y los trastornos facticios, mienten, engañan y el profesional de salud debe manejar esta situación y la posibilidad de contratransferencia.

Recomendaciones para el manejo y tratamiento de un trastorno facticio⁵⁷:

- La agilidad en el proceso diagnóstico puede reducir el riesgo de mortalidad, morbilidad y sobre costo al SGSSI.
- Minimizar el daño. Se deben evitar procedimientos o ayudas complementarias en especial si son invasivas. Evaluar el contexto clínico del caso en particular, recordando que lo subjetivo puede ser engañoso. (Evaluar riesgo- beneficio).
- Mantener canales de comunicación entre los diferentes actores del SGSSI, en especial en la fase diagnóstica.
- Manejar la contratransferencia.
- Tratar las alteraciones psiquiátricas subyacentes con especial énfasis en el eje I y II. En psicoterapia utilizar estrategias de afrontamiento y los conflictos emocionales.

- Consultar con los comités institucionales de bioética.
- Sopesar la necesidad de un proceso judicial por fraude al SGSSI como un mecanismo de freno conductual.

Por todo lo anterior se propone el siguiente protocolo para el abordaje integral de paciente con sospecha de simulación, disimulación, amplificación, trastorno somatomorfo o facticio:

Ante un paciente que en la consulta de medicina del trabajo y laboral, presenta una disociación entre lo referido (anamnesis), lo encontrado al examen físico y las ayudas complementarias que posea:

- 1. No se deje sesgar por el concepto médico especializado que cuenta el trabajador. Tenga presente que en muchas ocasiones un paciente es remitido a medicina laboral con el rotulo de “simulador” y no lo es. ¿Fue incorrectamente abordado por el clínico?**

Ejemplo: Mujer de 28 años, G1P1, soltera, de profesión mercaderista. Consulta al médico general por cuadro clínico de 8 días de disestesias en planta de los pies. El galeno considero como primera posibilidad una patología discal por lo cual envía electro-diagnóstico e interconsulta con neurocirugía. La electromiografía y neuroconducción de miembros inferiores fue normal pero la paciente continuaba refiriendo síntomas. Acudió a la valoración por neurocirugía, quien envió una Resonancia NM de columna lumbosacra, la cual también fue normal. El examen físico de neurocirugía sólo refería dolor al caminar en puntas e indica que por la sintomatología de la paciente sugestiva de hernia discal pero con “el hallazgo normal de la resonancia”, remite a medicina laboral por “no encontrar soporte orgánico de los síntomas”. Fue evaluada por medicina laboral que al realizar al aplicar la entrevista multiaxial, se encuentra que planifica con el DIU y que presenta dolor con el coito. Se realizó tacto vaginal encontrando alteraciones por dolor a la movilidad lateral. Se prorrogó la incapacidad temporal y solicitó una prueba de embarazo y una ecografía, las cuales fueron negadas por el médico auditor de la EPS.

Consulta con médico general que envió la ecografía por persistencia de síntomas y por estar de acuerdo con medicina laboral al sospechar una alteración relacionada con el DIU. Se practicó la ecografía encontrándose un aspa de dicho dispositivo incrustada en la trompa uterina izquierda cerca de la unión con el útero. Fue evaluada por ginecología quien retiro el dispositivo y envió profilaxis antibiótica por riesgo de salpingitis.

Posterior al retiro del DIU la paciente no volvió a presentar la sintomatología motivo de consulta inicial.

- 2. Aplique la entrevista integral multiaxial y trace un plan de manejo integral según la información recolectada e integrada:**

- a. Sospecha de Simulación:** Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral sin tener claridad funcional ni diagnostica.

Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, grado de correlación clínica paraclínica anamnesis y pronóstico médico. Con estos soportes si persiste la sintomatología sin sustrato orgánico objetivo, solicite MMPI-2 y/o SIMS + Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V (Lo anterior por que el Decreto 1507 solicita el concepto con DSM-IV). Con lo anterior, si no hay alteración tratable en eje I ni II y los soportes son compatibles: diagnostique PATOLOGIA XXX DE ORIEN NO ORGANICO. Prescriba el alta, reintegro etc. y no entre en confrontación con el trabajador. Si pese a estar con un simulador, hay patología tratable que por definición no está relacionada con los síntomas simulados, remita al manejo médico respectivo. En todo caso, se recomienda seguimiento estrecho por medicina laboral con énfasis en los ejes de la incapacidad, interviniendo una posible ideación de invalidez que explique la simulación.

Yudofsky citado por Hinojal, señala algunos indicadores para el diagnóstico:

- "1. Incongruencia de las quejas somáticas con los datos de la historia, examen y el diagnóstico.
2. Los síntomas son vagos y mal definidos y no se adecuan a entidades nosológicas descritas.
3. Las quejas, signos y síntomas se dramatizan en exceso.
4. El paciente es evasivo y poco colaborador en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento.
5. La notificación de un pronóstico favorable la recibe con resistencia.
6. Las heridas parecen autoinducidas.
7. En los análisis aparecen fármacos o toxinas insospechadas correspondientes a medicamentos no recetados.
8. Se han alterado las historias clínicas.
9. Existe una historia de accidentes o de heridas recurrentes.

10. Existe la posibilidad de compensación económica o de incapacidad como resultado del trastorno a la luz de las pocas pruebas de incapacidad o heridas.

11. El paciente ha hecho peticiones de fármacos adictivos.

12. El trastorno permite o puede permitir evitar actividades, situaciones o condiciones de vida desagradables por otras razones a partir del trastorno.

13. El síntoma o trastorno tiene posibilidades de permitir la evasión de responsabilidades legales o sociales, por ejemplo, una posible reclusión o desempeñar determinados trabajos o ninguno.

14. Se dan en el individuo rasgos de personalidad antisocial⁵⁸.

- b. Sospecha de trastorno facticio: Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral sin tener claridad funcional ni diagnóstica. Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, grado de correlación clínica paraclínica anamnesis y pronóstico médico. Aplique Test de Zung para ansiedad y depresión. Con estos soportes si persiste la sintomatología sin sustrato orgánico objetivo, solicite MMPI-2 y complemente con Test Psicodiagnóstico de Rorschach y Machover + Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V. Con lo anterior, siga las recomendaciones previas para manejo del trastorno facticio.

Complemente con 5-10 sesiones de psicología para evaluar mecanismos de defensa, características de personalidad.

- c. Sospecha de Disimulación: Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral o la prescripción de la conducta ocupacional que pueda ser la causa de la disimulación sintomática. Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, plan de manejo y pronóstico médico. Tome la conducta ocupacional al lugar de acuerdo a los

soportes objetivos existentes. Con ellos, persiste la sintomatología, solicite MMPI-2 + 5 sesiones de psicología para evaluar características de personalidad, resiliencia, mecanismos de afrontamiento y defensa + Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V. Realice seguimiento estrecho a nivel ocupacional con interacción armónica de los actores del SGSSI. Evalúe alcance de patología frente a estabilidad laboral reforzada y explique si es del caso al trabajador y la empresa, toda vez, puede que una causa de la disimulación sea el miedo al despido, lo que la postre si no es intervenido puede causar aumento de la discapacidad y ensombrecer el pronóstico ocupacional del trabajador. Se debe además tener claro en detectar indicios de posible abuso del derecho una vez se intervenga la disimulación. Realice manejo médico integral y oportuno.

- d. Sospecha de Amplificación fraudulenta: Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral sin tener claridad funcional ni diagnóstica. Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, grado de correlación clínica paraclínica anamnesis y pronóstico médico. Con estos soportes si persiste la sintomatología que no guarda relación con la evolución natural de la patología y sus secuelas, solicite MMPI-2 o SIMS + aplique test de Zung de ansiedad y depresión. Con lo anterior remita a Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V. Si no hay alteración tratable en eje I ni II y los soportes son compatibles con amplificación NO ORGANICA: Prescriba o refuerce el alta, reintegro etc. y no entre en confrontación con el trabajador. Sólo indique que la magnitud de sus síntomas no tiene correlación con la patología. Evite manejos intervencionistas a menos que el beneficio supere el riesgo.

Se recomienda seguimiento estrecho por medicina laboral con énfasis en los ejes de la incapacidad, interviniendo una posible ideación de invalidez que explique la amplificación no orgánica.

- e. Sospecha de Amplificación como mecanismo involuntario de defensa: Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral sin tener claridad funcional ni diagnóstica. Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, grado de correlación clínica paraclínica anamnesis y pronóstico médico. Aplique test de Zung para ansiedad y depresión. Con estos soportes solicite MMPI-2 y complemente con Test Psicodiagnóstico de Rorschach y Machover según la severidad y el contexto médico laboral del caso + 5 sesiones de psicología para evaluar características de personalidad, resiliencia, mecanismos de afrontamiento y defensa + con lo anterior, remite a Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V. Con todo, realice plan de manejo integral y multidisciplinario, con énfasis en la alianza terapéutica, evitando en todo caso el desarrollo de estigmas bio psico sociales e intralaborales que empobrezcan su pronóstico. Evite manejo intervencionista.
- f. Sospecha de Trastorno Somatomorfo: Evaluar riesgo beneficio del reintegro laboral sin tener claridad funcional ni diagnóstica. Solicite las ayudas objetivas NO INTERVENCIONISTAS que sean necesarias para determinar sustrato orgánico aunado al concepto médico especializado sobre diagnóstico, grado de correlación clínica paraclínica anamnesis y pronóstico médico. Aplique test de Zung para ansiedad y depresión. Con estos soportes solicite MMPI-2 y complemente con Test Psicodiagnóstico de Rorschach y Machover según la severidad y el contexto médico laboral del caso + 5 sesiones de psicología para evaluar características de personalidad, resiliencia, mecanismos de afrontamiento y defensa + con lo anterior, remite a Peritazgo psiquiátrico por medicina psicosomática o psiquiatría de enlace con diagnóstico multiaxial según DSM-IV y DSM-V. Con todo, realice plan de manejo integral y multidisciplinario, con énfasis en la alianza terapéutica, evitando en todo caso el desarrollo de estigmas bio psico sociales e intralaborales que empobrezcan su pronóstico. Evite manejo intervencionista. Apóyese de terapia ocupacional en salud mental y de un programa de

rehabilitación integral psicosomático.

3. Realizar un seguimiento estrecho por medicina laboral. Siempre indagar sobre posibles ideaciones ocultas de invalidez y no estigmatizar. Se debe propender por la reinserción laboral efectiva en el momento más adecuado según el control de síntomas, el desempeño funcional y la presencia o no de fraude. Ante pruebas objetivas de simulación o fraude, se debe primero armar las piezas del rompecabezas clínico administrativo para lograr un adecuado cierre del caso, toda vez la red del SGSSI, es permeable, extensa y poco fácil de integrar.

Referencias

-
- ¹ Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda ed. Madrid: Espasa; 2001.
- ² Normas en materia de ética médica. Ley 23/1981 de 18 de febrero de 1981. Diario Oficial, nº 35.711, (27-02-1981).
- ³ Hinojal F. R & Rodríguez S. Luis F. Valoración médica del daño a la persona. Metodología y aplicación clínica. 1ª ed. Sevilla: Mad, S.L.; 2008.
- ⁴ Sadock J. Benjamín & Sadock Virginia A. Synopsis of Psychiatry. 10ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- ⁵ Conroy MA, Kwartner PP. Malingering. Applied Psychology in Criminal Justice 2006; 2 (3): 29-51. Disponible en: http://www.apcj.org/documents/2_3_Malingering.pdf
- ⁶ Quezada O. Martín R. et al. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2015 Oct 18]; 142(2): 109-112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132006000200005&lng=es.
- ⁷ Sadock. *Óp. cit.*
- ⁸ Sadock. *Loc. cit.*
- ⁹ Normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Laborales. Ley 776/2002 de 17 de diciembre de 2002. Diario Oficial nº 45.037 (17-12-2002).
- ¹⁰ Reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Decreto 056 de 2015 de 14 de enero de 2015. Diario Oficial nº 49394 (14-01-2015).
- ¹¹ Gil H. Fernando. Tratado de Medicina del Trabajo: Introducción a la salud laboral. Aspectos jurídicos y técnicos. Volumen I. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012.
- ¹² Hernández Cueto Claudio. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- ¹³ *Ibidem.*
- ¹⁴ Hernández. *Óp. cit.*
- ¹⁵ Hinojal F. R. *Loc. cit.*
- ¹⁶ Santamaría Pablo. Et al. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. Clínica y Salud 24 (2013) 139-51 - Vol. 24 Núm.3 DOI: 10.1016/S1130-5274(13)70015-X. Disponible en: <http://cylsa.elsevier.es/es/prevalencia-simulacion-incapacidad-temporal-percepcion/articulo/S113052741370015X/>
- ¹⁷ *Ibidem.*
- ¹⁸ Sadock. *Óp. cit.*
- ¹⁹ Velásquez T. J. D & Rincón H. Hernán G. Fundamentos de Medicina: Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace. 1ª ed. Medellín: CIB, 2010.
- ²⁰ *Ibidem.*
- ²¹ Sadock. *Loc. cit.*
- ²² LaDou Joseph. Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. 4ª ed. México: Manual Moderno; 2007.
- ²³ Sadock. *Óp. cit.*
- ²⁴ *Ibidem.*
- ²⁵ Sadock. *Óp. cit.*

-
- ²⁶ Sadock. *Loc. cit.*
- ²⁷ *Ibídem.*
- ²⁸ Hernández. *Loc. cit.*
- ²⁹ Sadock. *Óp. cit.*
- ³⁰ Sadock. *Loc. cit.*
- ³¹ Sadock. *Óp. cit.*
- ³² *Ibídem.*
- ³³ Asher, Richard. Munchausen's Síndrome. The Lancet, Volume 257, Issue 6650, 339 – 341. Citado en Sadock. *Loc. cit.*
- ³⁴ Sadock. *Óp. cit.*
- ³⁵ *Ibídem.*
- ³⁶ Sadock. *Óp. cit.*
- ³⁷ *Ibídem.*
- ³⁸ Santos Alonso J. Criterios de valoración del daño corporal. Situación actual. Madrid: Fundación MAPFRE; 2009.
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). 10ª revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
- ⁴⁰ Daza Lesmes. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. Bogotá D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- ⁴¹ Boersma, Katja; Linton, Steven J. Screening to Identify Patients at Risk: Profiles of Psychological Risk Factors for Early Intervention. Clinical Journal of Pain: January/February 2005 - Volume 21 - Issue 1 - pp 38-43 Special Topic Series.
- ⁴² LaDou. *Loc. cit.*
- ⁴³ Sadock. *Óp. cit.*
- ⁴⁴ Gil H. Fernando. Tratado de Medicina del Trabajo: Introducción a la salud laboral. Aspectos jurídicos y técnicos. Volumen II. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012.
- ⁴⁵ *Ibídem.*
- ⁴⁶ Gil H. Fernando. Volumen II. *Loc. cit.*
- ⁴⁷ Pont Amenós, T. (s.f.). Escola de Postgrau - Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 10 de Marzo de 2009, de http://www.grafologiauniversitaria.com/tecnicas_proyectivas.htm. Citado en <http://roxita1819-psico.blogspot.com.co/>
- ⁴⁸ Blasco S. J. L & Pallardó D. L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. Clínica y Salud 24 (2013) 177-83 - Vol. 24 Núm.3 DOI: 10.1016/S1130-5274(13)70019-7. Extraído de <http://clysa.elsevier.es/es/deteccion-exageracion-sintomas-mediante-el/articulo/S1130527413700197/>
- ⁴⁹ Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Resolución 5521 de 2013 del 27 de diciembre de 2013. Diario Oficial nº 49.019 (30-12-2013)
- ⁵⁰ Sadock. *Loc. cit.*
- ⁵¹ LaDou. *Óp. cit.*
- ⁵² Gil. *Óp. cit.*
- ⁵³ Sadock. *Óp. cit.*
- ⁵⁴ *Ibídem.*
- ⁵⁵ Sadock. *Loc. cit.*
- ⁵⁶ Sadock. *Óp. cit.*
- ⁵⁷ Adaptado de la tabla 19-7 de Sadock. *Óp. cit.*
- ⁵⁸ Hinojal F. R. *Óp. cit.*