

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Inspección médica

Bases científicas y bioéticas del análisis de validez en medicina evaluadora

Bioethical and scientific basis of validity analysis in disability assessment medicine

Domínguez Muñoz, Antonio¹; López Pérez, Rafael²; Gordillo León, Fernando³; Pérez-Nieto, Miguel Ángel²; Gómez Álvarez, Ana¹; De la Fuente Madero, José Luis¹

1. Inspector Médico Evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Málaga. España.

2. Fundación Universitaria Behavior & Law. Madrid. España.

3. Universidad Camilo José Cela. Madrid. España.

Recibido: 26-08-14

Aceptado: 09-09-14

Correspondencia

Antonio Domínguez Muñoz

C/ Kandinsky 12, Bajo.

Málaga-29017. España

Correo electrónico: antonio.dominguez1@seg-social.es

Resumen

El contexto médico legal en el que se desarrolla la Medicina Evaluadora, permitiendo el acceso a prestaciones económicas, obliga a considerar la validez –firmeza, consistencia y valor legal– en las consultas de valoración médica de incapacidad. Por otra parte, en el ámbito médico asistencial son habituales los casos biomédicamente inexplicables que, además, se acompañan de elevados niveles subjetivos de sufrimiento, para los que se ha propuesto el término MUPS.

Lógicamente, para proteger el principio deontológico de Justicia, en un contexto de recursos limitados, resulta necesario considerar una posible distorsión clínica –discrepancias marcadas entre la afectación o las limitaciones funcionales mostradas y los elementos clínicos objetivos– y sus principales causas; desde trastornos conversivos o somatomorfos en el extremo de lo involuntario, hasta el fraude de la simulación pura. Adicionalmente, dado que la enfermedad y la discapacidad son conductas sujetas al aprendizaje y condicionamiento operante, el mismo análisis de validez nos permitirá actuar conforme a los principios de Beneficencia y No Maleficencia, evitando reforzar las conductas injustificadas de enfermedad que pueden cristalizar en un *Síndrome de Invalidez Aprendida*.

Med Segur Trab (Internet) 2014; 60 (236) 527-535

Palabras clave: Medicina evaluadora, Incapacidad, Distorsión clínica, Simulación, Bioética, Beneficencia, No maleficencia, Justicia.

Abstract

The forensic context in which disability assessment medicine is practised, allowing access to workers' compensation benefits, requires consideration of the validity –firmness, consistency and legal acceptability– of medical disability assessment interviews. On the other hand, in assistential medicine biomedically unexplained cases –for which the term MUPS is proposed– are common, often accompanied by high levels of subjective suffering.

Logically, to protect the ethic principle of Justice in a context of limited resources, to consider any clinical distortion –marked discrepancy between the person's claimed stress or disability and the objective

clinical findings– and their root causes, from somatoform or conversion disorders at the end of the involuntary, to pure malingering is mandatory. Additionally, since disease and disability are subject to learning and operant conditioning behaviors, the same validity analysis will allow us to act according to the principles of Beneficence and Non-maleficence, avoiding reinforce abnormal illness behaviors that can crystallize in the Learned Disability Syndrome.

Med Segur Trab (Internet) 2014; 60 (236) 527-535

Keywords: *Disability assessment medicine, Disability, clinical distortion, Malingering, Bioethics, Beneficence, Non-maleficence, justice.*

INTRODUCCIÓN

La medicina evaluadora se encarga de estudiar, verificar, cuantificar y describir procesos patológicos, congénitos o adquiridos, tanto físicos como psíquicos, con el fin de determinar la posible repercusión orgánica, funcional, laboral, económica y legal¹. Uno de sus campos es la valoración médica de la incapacidad laboral (VMI) en relación con las prestaciones contributivas de Seguridad Social², situación que en el ámbito de la Administración se lleva a cabo por las llamadas UMEVI (Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades), adscritas a las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

La existencia de un contexto médico-legal como el descrito en la Seguridad Social, que proporciona acceso a prestaciones económicas, implica considerar la validez –en su sentido de firmeza, consistencia y valor legal³– de las consultas de VMI, analizando la posible distorsión orientada a obtener o prolongar prestaciones, sea de manera fraudulenta o no⁴. Estas situaciones, además de graves implicaciones en el ámbito económico que lesionan el principio deontológico de Justicia, suponen un elevado riesgo de generar daño al paciente, reforzando unos roles de enfermedad e invalidez que no se justifican por la patología que presentan, lo que iría en contra de los principios de Beneficencia y No maleficencia, pudiendo llevar a situaciones de dependencia injustificada, lesionando incluso el principio de autonomía.

El análisis de la validez en el ámbito médico-legal es una tarea muy compleja que actualmente no cuenta con un método estructurado, quedando a criterio de cada perito médico la atención que presta a éste asunto y las conclusiones que obtiene al respecto⁵. Existe, sin embargo, una amplia y variada literatura especializada relativa al tema, que ha ganado en solidez científica en los últimos años⁶.

Bases Científicas: Pacientes con cuadros biomédicamente inexplicables

El capítulo de Simulación y Trastornos Facticios y Somatoformes del tratado de Interconsulta Psiquiátrica de Rojo y Cirera⁷, comienza indicando que «*La simulación, los trastornos facticios y somatoformes (o somatomorfos) se pueden conceptualizar dentro de un continuo de comportamiento anormal, en el que aparecen síntomas físicos y psíquicos, conscientes o inconscientes sin que realmente haya enfermedad. La prevalencia general de éstos trastornos varía de forma considerable, alcanzando desde el 5% hasta el 40% del total de las visitas médicas.*».

El número de la Revista de Neurología de la primera quincena de noviembre de 2011, incluye un estudio⁸ titulado «*Síntomas y síndromes de difícil clasificación en una serie ambulatoria de 5.398 pacientes neurológicos diagnosticados según la CIE-10.*». En sus resultados hallan que un 37,5% de los pacientes recibió un diagnóstico inespecífico, es decir, que tras completar el estudio diagnóstico que se consideró indicado, solo había sido posible alcanzar un diagnóstico sintomático –un síntoma o signo aislado sin entidad nosológica ni etiológica– en el 25% y uno sindrómico inespecífico –un conjunto de síntomas y signos sin clara correlación anatómica ni reconocimiento como entidad clínica bien definida– en otro 12,5%.

En 2004 ya se había publicado un trabajo⁹, que recoge unas siglas planteadas unos años antes¹⁰; MUPS y las define: «*Medically unexplained physical symptoms (MUPS) may be defined as physical symptoms that prompt the sufferer to seek health care but remain unexplained after an appropriate medical evaluation.*»¹¹

Su prevalencia en encuestas telefónicas alcanza al 30% de la población, de los que la inmensa mayoría cumple el criterio de haberlos consultado. Como muestran los trabajos referenciados, es frecuente que estos casos generen conflictos en consulta por el contraste entre las elevadas expectativas del paciente y los escasos hallazgos del médico, conflictos que pueden perjudicar seriamente la relación médico-paciente hasta llegar a un mutuo rechazo.

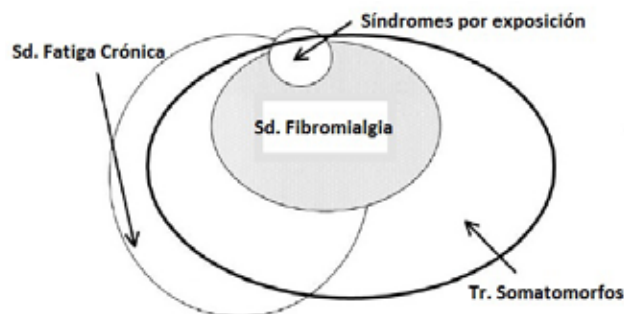
Otro de los aspectos clave es la frecuente negación o minimización de los elementos psicoemocionales del caso por parte del paciente, que considera que suponen una «deslegitimación» de sus síntomas con respecto a la enfermedad orgánica. El diagnóstico de los MUPS se realiza mediante distintos nombres –la mayoría inespecíficos– en función de la especialidad médica en que se hace la consulta, aunque el solapamiento clínico es lo habitual.

Tabla 1. Modificada de Richardson⁸. ORL: Otorrinolaringología. EBV: Virus Epstein-Barr. CMV: Citomegalovirus. TCE: Traumatismo Cráneo-Encefálico. SQM: Sensibilidad Química Múltiple

Algunos diagnósticos usados para describir MUPS en diversas especialidades asistenciales			
Traumatología (COT)	Lumbalgia. Sd. Patelofemoral.	Odontología	Sd. Costen o D. Témporo-mandibular
Ginecología	Algia pélvica. Sd. Premenstrual.	Reumatología	Sd. Fibromialgia. Sd. Miofascial. Siliconosis (Silicona)
ORL	Inestabilidad/acufeno idiopático.	Medicina Interna (M.I.)	Sd. Fatiga Crónica. (SFC)
Neurología	Cefalea crónica Pseudocrisis comicial Paresia Idiopática	Infecciosas (M.I.)	E. Lyme crónica. Viriasis crónicas (EBV, CMV...) Candidiasis crónica.
Urología	Prostatitis crónica Cistitis intersticial Sd. Uretral	Digestivo	Dispepsia funcional Sd. Intestino Irritable
Anestesia/Dolor	Dolor crónico.	Medicina Militar	Sd. Guerra del Golfo
Cardiología	D. Torácico Atípico Síncope idiopático Prolapso Mitral	Rehabilitación	TCE Leve. Esguince Cervical
Neumología	Asma Intrínseco. Sd. Hiperventilación.	Alergia/Medicina del Trabajo.	Sd. SQM. Sd. Edificio Enfermo.
Endocrinología	Hipoglucemias	Psiquiatría	Tr. Somatomorfos

Unos pacientes presentan unas «quejas» –síntomas expresados con su carga emocional acompañante– inicialmente y otras más tarde, a veces al mejorar las primeras, en un efecto vicario y migratorio que los mantiene usando recursos de asistencia sanitaria de manera habitual, generando más frustración que beneficio. Resulta llamativo que, estando los MUPS claramente vinculados –según estudios transversales, casos y controles o longitudinales– con la presencia de distrés psicosocial, trastornos mentales ansioso-depresivos, mala calidad de vida y elevado uso de los servicios sanitarios, su derivación a Salud Mental sea infrecuente o tardía.

Figura 1. Modificada de Richardson (2004)



Los MUPS podrían perfectamente encuadrarse en el capítulo de «Simulación y Trastornos Facticios y Somatoformes» del tratado de Rojo y Cirera. La psiquiatría de interconsulta y enlace es una subespecialidad psiquiátrica, a la par que una supraespecialidad integradora, en la intersección de la medicina, la cirugía y la psiquiatría

con una perspectiva biopsicosocial, para la que preferimos usar el viejo término de medicina psicosomática.

Dentro de ella destaca la psico-neuro-inmunología; disciplina cuyo nacimiento moderno, una vez más gracias a la serendipia¹², se atribuye a Robert Ader y su famoso trabajo «*Behaviorally Conditioned Immunosuppression*»¹³ que demostró cómo la mente y el sistema inmunológico son entidades integradas y cada una capaz de influir en el funcionamiento de la otra.

Progresivamente ha ido encontrando sustrato patogénico el viejo aforismo «de la emoción a la lesión» y se ha llegado a la necesidad de un cambio de paradigma, mecanismo propuesto por Thomas Kuhn en 1969 para el avance de la Ciencia¹⁴, desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial, reclamado por George Engel en Science¹⁵ en 1977.

La situación es, actualmente, mucho más compleja que en el paradigma previo y los médicos, con independencia del ámbito en el que desarrollemos nuestra labor –asistencial, primaria, especializada, público, privado, pericial, evaluador, forense...– debemos tener en cuenta los aspectos intangibles, psicológicos y sociales que pueden estar jugando un papel, a veces determinante, en el caso del paciente que estemos viendo. Ante la multiplicidad etiológica, debemos responder con flexibilidad mental y un planteamiento integrador que nos permita realizar –siempre que sea posible– una actuación en equipo desde un enfoque multidisciplinar.

Bases Bioéticas: Los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia

No es el objetivo de este trabajo revisar los aspectos éticos y deontológicos más propios de la actividad pericial del médico evaluador, que es el perito natural y titular en el ámbito de la VMI¹⁶ aún siendo el médico forense el encargado de auxiliar al juzgador en la Jurisdicción Social¹⁷. A ese efecto nos parece de gran interés el trabajo publicado por el Dr. Aso en 2009¹⁸.

Antes de entrar en los elementos concretos de este análisis, los principios de la ética médica, debemos referirnos brevemente al concepto económico de «riesgo moral» (*moral hazard*) aunque sea para tenerlo en cuenta desde una posición crítica¹⁹. Se considera que existe riesgo moral cuando una persona, empresa o país, asume un riesgo porque sabe que son otros los que correrán, en todo o en parte, con las pérdidas que pudieran producirse como consecuencia de su comportamiento. Es una consecuencia de la asimetría en la información que podemos relacionar con múltiples demostraciones acerca de cómo la existencia de cobertura social de las situaciones de baja por enfermedad se relacionan con mayores duraciones de absentismo laboral²⁰. Como hemos visto, ya en el propio ámbito asistencial es habitual que los pacientes presenten síntomas biomédicamente inexplicables que, además, se acompañan de elevados niveles subjetivos de sufrimiento y discapacidad.

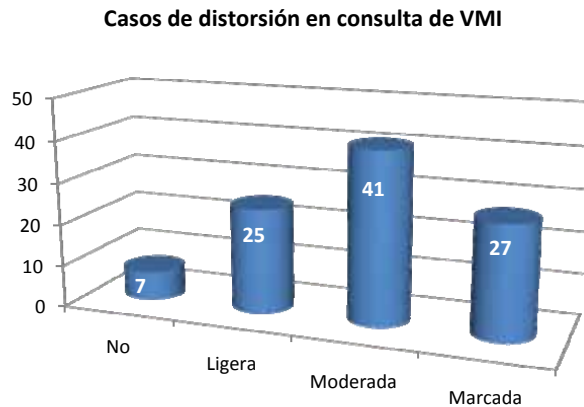
Por lo tanto, la misión de cualquier perito médico supone un difícil reto en cualquiera de sus campos de actuación²¹ y, como lógica consecuencia, en la consulta de valoración de incapacidad debería ser posible incorporar un análisis de la validez de cada caso concreto ya que, como expresamente se recoge en la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo (STS 23/6/2005), no existen incapacidades sino incapacitados.

No solo estaría en juego una prestación económica, lo que remitiría al principio ético de la Justicia²² sino que, además y prioritariamente, se trata de actuar conforme a los principios de Beneficencia y No Maleficencia. Los síntomas y limitaciones, tal y como son percibidos por un paciente no suponen una referencia suficiente para su interpretación clínica ni su pronóstico funcional; corresponde al profesional establecer uno y otro aplicando el método clínico con un abordaje científicamente correcto.

Como ya se comunicó en un trabajo anterior²³ cuyo resultado principal se incluye en la figura 2, la consulta de VMI se produce en un contexto de distorsión clínica –acusadas discrepancias entre los elementos clínicos objetivos y la afectación o las limitaciones

funcionales mostradas– que incluiría desde casos conversivos o de somatización en el extremo de lo involuntario, hasta el fraude de la simulación pura, pasando por los MUPS, el rol de enfermo, los trastornos facticios o la elaboración psicológica de síntomas somáticos, heredera en CIE-10 de las «Neurosis de renta»²⁴.

Figura 2. Grado de distorsión clínica, a juicio del médico evaluador, en sus 100 primeras altas²²



Como se recoge en el trabajo sobre MUPS arriba referenciado⁸, no debemos olvidar que la enfermedad y la discapacidad son conductas sujetas al aprendizaje y la influencia de los refuerzos positivos y negativos. Así, los principios del condicionamiento operante contribuyen a explicarnos por qué los pacientes que reciben prestaciones económicas, u otras ventajas, tienden más a la discapacidad crónica o los lesionados de tráfico en países que no incluyen una indemnización vinculada a las secuelas, presentan una menor proporción de determinados cuadros dolorosos crónicos como secuela²⁵.

En este sentido, se usa el término «*illness maintenance systems*» [sistemas de mantenimiento del estado de enfermedad] para hacer referencia a los factores biopsicosociales que favorecen que una enfermedad o limitación se perpetúe⁸. En la historia natural de los MUPS se han descrito factores predisponentes, precipitantes y de perpetuación, que se recogen en la [tabla](#) siguiente.

Tabla 2. Modificada de Richardson⁸. II: Incapacidad Temporal u otras prestaciones sociales

Factores que habitualmente determinan la Historia Natural de los MUPS		
F. Predisponentes	F. Precipitantes	F. Perpetuadores
Herencia Genética	Estresores biológicos	«Efecto etiquetado»
Enf. Crónicas concurrentes.	Enfermedad orgánica aguda	Condiciones Laborales, IT...
Eventos vitales traumáticos tempranos (Infancia...)	Estresores psicosociales	Creencias dañinas, falta de Información o inadecuada
«Dolencias crónicas»	Enfermedad psíquica aguda	Soporte de asistencia social
Distrés crónico o habitual	Preocupaciones acerca de la Salud (epidemias, etc.)	Malos hábitos para la salud, deterioro físico y funcional
Problemas de salud mental		Escasa implicación terapéutica

Por lo tanto, al admitir sin elementos objetivos concretos que lo justifiquen, la continuidad de la prescripción de reposo que, en general, supone una baja laboral y mantener a un paciente apartado del ámbito laboral y de sus múltiples influencias, en general beneficiosas²⁶, estaremos realizando un refuerzo positivo de una conducta que, de modo más o menos consciente según el tipo de distorsión que esté operando, acabaría perjudicando al paciente que asume un rol de enfermo incapacitado no justificado. Estaríamos confirmando –de manera implícita o tácita– la existencia de limitaciones funcionales para realizar sus actividades habituales que suponen una discapacidad con pérdida de autonomía. Si esta situación se refuerza y mantiene el tiempo suficiente, la

invalidez «cristalizará» y se establecerá como definitiva; sería el *Síndrome de Invalidez Aprendida*, término ya usado en otros contextos²⁷.

Igual que al solicitar una prueba invasiva a un insistente paciente con MUPS que no presenta criterios para ello, favorecemos que interprete que su cuadro es grave y requiere estudios porque no sabemos qué lo causa; mantener una baja laboral sin un motivo que lo justifique supone reforzar su conducta y confirmar una discapacidad significativa. Enviar al paciente esos mensajes nos convertirán en parte del problema en lugar de ser parte de la solución.

Esta misma idea –explicada muy bellamente en nuestra opinión– se recoge en este párrafo publicado en el *British Medical Journal* por el Dr. Tennyson Patmore, ya en 1894²⁸:

«Our patients repose in us a sacred trust, and rely upon us not only to guard them from and to alleviate the results of real suffering; but by an unspoken compact, they also look to us to stimulate them to activity when disease has abdicated its throne, but may have left behind morbid disinclination to meet the daily routine of business and the renewed struggle for existence. It is for us to regulate these returning powers; to even forcibly dispel the clouds which retard them, and often delay the recuperative result of a return to the battlefield of life, which is itself the best tonic; and in so doing we are, in one more sense, combating what, if not dispelled, may degenerate into a something which might become first cousin to malingering, that is, fanciful incompetence for duty.»²⁹

Conclusiones

La distorsión clínica, el engaño y el fraude en el contexto de las prestaciones de Seguridad Social suponen un problema para nuestra sociedad, por detraer recursos –siempre escasos pero más aún en el actual contexto económico– destinados a otros fines; cubrir las situaciones de falta de ingresos por las diversas contingencias. Además, su percepción por quienes no las precisan puede contribuir a consolidar y establecer situaciones de incapacidad e invalidez que previamente no eran tales, al reforzar el rol de enfermo asumido de manera más o menos voluntaria. El daño, pues, sería para ambas partes en una suerte de parasitismo que envenena al que lo realiza; el Síndrome de Invalidez Aprendida.

A pesar de ello, la gran complejidad de distinguir entre las diversas situaciones de distorsión clínica descritas y sus repercusiones personales, éticas y sociales explican, entre otros motivos, que actualmente el abordaje del problema se realice –o no– de manera individual según cada profesional implicado y, en general, de forma intuitiva y no estructurada. Hoy no es posible sostener la idoneidad de este planteamiento, que se ha demostrado inexacto y debe ser sustituido por uno más científico³⁰:

«We can no longer take comfort in the belief, now shown to be false, that we still simply know when malingering is evident, without addressing the issue deliberately and prospectively. [...] Gross observations of behavior as means of determining presence or absence of malingering are no longer acceptable as sole criteria [...].»³¹

Sería fundamental que los múltiples agentes que participamos –o debiéramos participar– en la valoración médica de la incapacidad y el control de las prestaciones de la Seguridad Social –especialmente la Incapacidad Temporal– nos implicásemos en desarrollar e implementar un Sistema de Análisis de Validez para fortalecer el principio de Justicia, en su sentido de equidad, y también los de Beneficencia y No Maleficencia, que deben presidir siempre la actuación del médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aylward M, Sawney R. Disability assessment medicine. *BMJ*. 1999;318:2.
2. Teoría y práctica de la medicina evaluadora. Arancón Viguera A. Mapfre; 2004.

3. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición (2001). Real Academia Española de la Lengua. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=v%C3%A1lido>
4. Domínguez Muñoz A. La simulación como fraude a la Seguridad Social: Reflexiones sobre estudios previos. Comunicación oral al X Congreso Español de Criminología. Granada, 7- 9/5/2014.
5. Domínguez Muñoz, A. Análisis de las opiniones de los médicos evaluadores acerca de la distorsión clínica en la valoración médica de la incapacidad laboral. Comunicación al II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social. Madrid, 7-8/11/2013.
6. Rogers, R. Clinical assessment of malingering and deception. 3.ª Ed. New York: The Guilford Press; 2008.
7. Rojo Rodés, J. E. y Cirera Costa E. Interconsulta Psiquiátrica. 1997. Masson Elsevier 1.ª Ed.
8. Calandre-Hoenigsfeld L, Bermejo-Pareja F. Síntomas y síndromes de difícil clasificación en una serie ambulatoria de 5.398 pacientes neurológicos diagnosticados según la CIE-10. Rev Neurol 2011; 53 (9): 513-523.
9. Richardson RD and Engel CC. Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms. The Neurologist. 2004;10:18-30.
10. Escobar JI, Hoyos-Nervi C and Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. Environ Health Perspect. 2002; 110 (suppl 4):631-636.
11. *«MUPS se pueden definir como la presencia de síntomas médicos que mueven al que los sufre a buscar asistencia sanitaria pero tras una valoración médica adecuada siguen sin ser aclarados».*
12. Campos, A. Investigación y Salud: Serendipia y Planificación. Conferencia magistral pronunciada en el acto inaugural de la Fundación AstraZéneca. Madrid, 14/11/ 2002.
13. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. Psychosom Med. 1975 Jul-Aug;37 (4): 333-40.
14. Kuhn T. The Structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago, 1969.
15. Engel GL. The Need for a new Medical Model: A challenge for Biomedicine. Science 1977; 196; 129-136.
16. Álvarez Sáenz, J.J.; Álvarez Collado, L.; Álvarez Collado, C.J. La pericial médica. El médico evaluador del instituto nacional de la seguridad social como perito titular. Medicina y Seguridad del Trabajo, 2003; 50 (193):59-62.
17. Artículo 93.2 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social.
18. Aso Escario J. Bioética de la actividad pericial médica. Cuad Med Forense 2009; 15(56):105-117.
19. Dembe AE, Boden LI. Moral hazard: a question of morality? New Solut. 2000;10 (3):257-79.
20. Atanda A Jr, O'Brien DF, Kraeutler MJ, Rangavajjula A, Lazarus MD, Ramsey ML, Tucker BS, Williams GR Jr, Cohen SB, Ciccotti MG, Dodson CC. Outcomes after distal biceps repair in patients with workers' compensation claims. J Shoulder Elbow Surg. 2013;22 (3):299-304.
21. Gisbert Calabuig, JA y Villanueva Cañadas, E. Medicina legal y toxicología 6.ª Edición, 2004.
22. Organización Médica Colegial (OMC). Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. (Revista OMC, 2001). En: www.unav.es/cdb/ccdomc01a.pdf
23. Domínguez Muñoz A. López Pérez R. Gordillo León F. Pérez-Nieto MA. Gómez Álvarez A. y de la Fuente Madero JL. Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal; un estudio preliminar. Psicopatología Clínica, Legal y Forense. 2013 (13):29-45.
24. Ordóñez Fernández MP. ¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta? Revista Clínica de Medicina de Familia. 2010; 3 (1): 39-45.
25. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. N Engl J Med. 2000; 342 (16): 1179-86.
26. De Antonio García, M. Temas de Psicología del Trabajo. Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (221): 271-273.
27. Carcedo Cabanas, A. Diagnósticos y valoraciones psicológicas de las mujeres maltratadas: los riesgos revictimizantes. Medicina Legal de Costa Rica. 2004; 21 (2):71-84.
28. Patmore T. Some Points Bearing on «Malingering.» Br Med J. 1894; 1(1727):238-9.
29. *«Nuestros pacientes depositan en nosotros una confianza sagrada, y confían en nosotros, no solo para protegerlos y para paliar los resultados del sufrimiento real; sino que, por un pacto tácito, también recurren a nosotros para estimularlos a la actividad cuando la enfermedad ha abdicado de su trono, pero puede haber dejado tras ella una aversión morbosa para cumplir con la rutina diaria del trabajo y*

la lucha renovada por la existencia. Nosotros debemos regular estas fuerzas renovadas; para disipar – incluso por la fuerza viva– las nubes que les retrasan y –a menudo– demoran el estímulo para la recuperación de una vuelta al campo de batalla de la vida, que es, en sí mismo, el mejor tónico; y al hacerlo, estamos –en más de un sentido– luchando contra lo que, si no se disipa, puede degenerar en algo que podría convertirse en lo más parecido a la simulación, es decir, una incompetencia imaginaria para el cumplimiento del deber.

30. Sweet JJ. Malingering: Differential diagnosis. En JJ Sweet (Ed.), Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice. Lisse: Swets & Zeitlinger 1999, pp 255-285.
31. *«Ya no podemos confiar en la creencia, que ahora se ha demostrado falsa, de que sencillamente vamos a saber cuando la simulación es evidente, sin abordar la cuestión de manera deliberada y prospectiva. [...] Las observaciones básicas del comportamiento como medio para determinar la presencia o ausencia de simulación ya no son aceptables como único criterio [...]».*