

Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral

Martín Rafael Quezada-Ortega,^a José Luis Pedro Razo-Mondragón,^b Irma Araceli Marín-Cotoñieto,^c Santiago Salinas-Tovar,^d Pablo López-Rojas^{d*}

^aDivisión y ^bCoordinación de Salud en el Trabajo, IMSS Ecatepec, Estado de México,

^cServicio de Radiodiagnóstico e Imagenología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México D. F., México

^dCoordinación de Salud en el Trabajo, IMSS, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 6 de septiembre de 2005

Aceptado: 4 de noviembre de 2005

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia y características de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social con trastornos de simulación que solicitan pensión por invalidez.

Material y métodos: Encuesta comparativa realizada en 136 trabajadores atendidos durante 2001, en quienes se identificaron tres grupos: trabajadores simuladores (TS), trabajadores sin invalidez (TSI), y trabajadores con invalidez (TCI). Para identificar las diferencias entre grupos, se aplicó la prueba z para variables escalares, y prueba de χ^2 para variables nominales.

Resultados: La incidencia de simuladores fue de 2.2/100,000 trabajadores. La edad media de los trabajadores fue: 41.9 ± 10.1 años, 440 fue el promedio de días de incapacidad laboral; 51(37%) trabajadores presentaron simulación. 35(26%) trabajadores fueron invalidados para el trabajo y 50(37%) sin invalidez. Los trabajadores simuladores tienen mayor nivel de escolaridad que TSI y TCI ($p < 0.02$); laboran mayoritariamente en la seguridad social ($p < 0.05$), con menor número de empleos previos ($p < 0.05$), presentan incapacidad laboral de mayor duración, ($p < 0.05$), los síntomas depresivos son infrecuentes ($p < 0.025$) con electroencefalograma y tomografía normales.

Conclusiones: Los trabajadores simuladores que demandan pensión por invalidez para el trabajo presentan características particulares diferentes a otros trabajadores que solicitan un estado de invalidez.

Palabras clave:

Simulación, invalidez, trabajadores

SUMMARY

Objective: Describe the frequency and characteristics of Mexican Social Security workers with malingering disorder that request disability pension.

Material and methods: Comparative survey made among 136 workers seen during 2001, which were divided into three groups: malingering workers (MW), workers without disability (WOD), and workers with disability (WWD). We administered the Z Test for scaled variables and χ^2 Test for nominal variables to identify group differences

Results: The incidence of malingering was of 2.2/100,000 workers. Mean age was 41.9 ± 10.1 years, 440 was the average number of days of labor disability; 51 (37%) workers were malingerers. 35 (26%) workers were work disabled and 50 (37%) without disability. Malingerers had higher level of schooling compared with WOD and WWD ($p < 0.02$); most worked at the Social Security ($p < 0.05$), with lower number of previous jobs ($p < 0.05$), presented longer work disability ($p < 0.05$). Depressive symptoms were not frequently noted ($p < 0.025$) and all had normal electroencefalogram and brain computed tomography studies.

Conclusions: Malingering workers who request work disability pensions follow a particular pattern that differs from other workers that request disability assessment at the Social Security Institute of Mexico.

Keywords:

Malingering, disability, workers

Introducción

La simulación es una entidad clínica que consiste en la producción o presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, con una motivación externa evidenciable como evitar dificultades o responsabilidades, recibir una compensación económica, huir o tomar

desquite por pérdidas reales o supuestas. Esta debe sospecharse cuando el paciente se presenta en un contexto médico-legal y encontrarse discrepancia marcada entre los síntomas (subjetivos) y los signos (objetivos), así como la falta de cooperación para el estudio o tratamiento del padecimiento motivo de la atención médica, o bien cuando se encuentra un trastorno de personalidad sociopático agregado. La preva-

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Pablo López Rojas, Carolina No. 84 int. 301, Col. Ciudad de los Deportes, Del. Benito Juárez, México D.F., C. P. 03710. Tel. 9116 3626. Correo electrónico: pablo.lopez@imss.gob.mx

lencia de este trastorno es desconocida, así como los aspectos epidemiológicos y características clínicas que predisponen y lo acompañan.^{1,2} De manera general el paciente simulador aqueja síntomas vagos, subjetivos y muy difíciles de refutar, como el dolor o la amnesia. Otros datos sugestivos son: incongruencia en la presentación de síntomas, sin sistematización o correlación con la inervación o distribución anatómica, rechazo sistémico a un buen pronóstico, acompañarse de autolesión y con cierta frecuencia de estudios de laboratorio o gabinete normales o suplantados.³ Una forma peculiar y sumamente rara de simulación es el trastorno facticio, que al igual que la simulación, su prevalencia y comportamiento epidemiológico son desconocidos. Dicho trastorno se acompaña de síntomas físicos o psicológicos inespecíficos, con producción intencionada de signos de enfermedad física o mental para asumir el papel de enfermo, sin presentar evidencia de motivaciones externas. Este grupo de pacientes se caracteriza por mentir en forma compulsiva, sin experimentar sentimientos de culpa o vergüenza y se enfurecen al percibirse que se sospecha el diagnóstico o cuando son sorprendidos en mentiras, pero a diferencia de las formas habituales de la simulación, los síntomas son reales aunque producidos en forma intencional.⁴⁻⁶

En 2001, a nivel nacional, se presentaron 14,668 casos de invalidez con una tasa de 1.2/1,000 asegurados, de los cuales 1,331 (9%) fueron dictaminados en el estado de México Oriente con una tasa de 2.1/1,000 asegurados, los 136 casos estudiados corresponden sólo a este año.

La simulación en nuestro medio tiene poca difusión en virtud de que existe escaso conocimiento sobre los rasgos clínicos, que permitan sospechar a los médicos dictaminadores de medicina familiar y de salud en el trabajo un diagnóstico temprano para establecer medidas preventivas y terapéuticas específicas para corregir o dar de alta a los pacientes en forma oportuna, adecuada y dictaminar un estado de invalidez si así procede,^{7,8} lo que redundará en un beneficio para el médico tratante, el trabajador y la institución.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal durante 2001 en 136 trabajadores evaluados por la División de Salud en el Trabajo de la Delegación del Estado de México Oriente (incluyendo todos los diagnósticos). Se diseñó un formato clínico específico que incluyó las variables de: edad, sexo, escolaridad en número de años lectivos, salario mensual al momento del estudio, tipo de familia de origen, empresa en la que labora, puesto de trabajo, antigüedad laboral en la empresa actual, número de empleos previos, número de días de incapacidad temporal para el trabajo, antecedentes de alcoholismo y traumatismos craneoencefálicos no recientes. Para la evaluación final del otorgamiento de estado de invalidez para el trabajo, a todos los trabajadores se les realizó electroencefalograma, tomografía axial computada de cráneo, y les fue aplicada la escala de depresión de Calderón Narváez, se realizó evaluación médica a 100% de los trabajadores por parte del médico de salud en el trabajo y psiquiatra asignados a la División de Salud en el Trabajo, asimismo se incluyó el diagnóstico psiquiátrico final y se agruparon de

acuerdo al procedimiento administrativo final en los grupos de: trabajadores sin invalidez (TSI); trabajadores con invalidez (TCI) y trabajadores simuladores (TS). La población se dividió en tres grupos: trabajadores simuladores (TS), trabajadores sin invalidez laboral (TSI) y trabajadores con invalidez laboral (TCI). Para obtener la incidencia se consideró el total de casos de simulación (51 trabajadores) contra la población potencial usuaria de la División de Salud en el Trabajo del Estado de México Oriente (2'271,668). Para la determinación de diferencias entre los grupos, se utilizó la prueba de hipótesis paramétrica *z* para diferencia de medias en grandes muestras en las variables escalares y la prueba no paramétrica (χ^2) para las nominales.

Resultados

Los diagnósticos de envío para dictaminar invalidez en la División de Salud en el Trabajo fueron: lumbalgia crónica 32 (23%), demencias y psicosis 24 (17%), padecimientos neurológicos 20 (15%); otros padecimientos ortopédicos 16 (12%), hipoacusias 13 (10%) y 31 (23%) resto de diagnósticos. Sólo 3% de los diagnósticos de envío concordaron con los diagnósticos finales. La tasa de incidencia de simulación fue de 2.2/100,000 trabajadores. La distribución por sexo fue de 88 (65%) hombres y 48 (35%) mujeres. La edad promedio fue de 41.9 ± 10.1 años, con margen de 21 a 74 años de edad. A 95 trabajadores les fueron otorgados 25,277 días de incapacidad temporal para el trabajo con promedio de 266 días de incapacidad por trabajador, con promedio de 30 a 3,500 días, 41 (30%) de los trabajadores no contaban con incapacidad al momento de solicitar la pensión por invalidez. Para la seguridad social laboraban 60 (44%) trabajadores, 29 (21%) eran obreros de la industria de la transformación, 25 (18%) empleados de servicios y 24 (18%) trabajadores de otras actividades económicas. Con promedio de antigüedad laboral de 12 ± 8 años. El salario promedio mensual por trabajador fue de $\$2,314.00 \pm \$1,350.00$ pesos. La población trabajadora estudiada desempeñó de 1 a 12 empleos en su vida laboral. 40% de los trabajadores estudiados provenían de familia desintegrada, con ausencia de una o las dos figuras parentales, 29% de familias disfuncionales y 30% con familias descritas como completas y funcionales. El nivel de escolaridad, en años lectivos cursados y aprobados fue en promedio 8.9 ± 3.7 (margen: 0-21 años). Del total de trabajadores 91 (67%) no tuvieron antecedente de traumatismo craneoencefálico (TCE), 39 (29%) con TCE severo no reciente y 6 (4%) presentaron más de un TCE severo no reciente. 87 (64%) trabajadores negaron consumo de alcohol, 23 (17%) aceptaron el consumo ocasional de alcohol; 16 (12%) con alcoholismo excesivo habitual y 10 (7%) presentaron alcoholismo tipo adictivo. 49 (36%) trabajadores sin síntomas depresivos, 26 (19%) con síntomas leves, 26 (19%) con síntomas moderados de depresión y 35 (26%) trabajadores tienen depresión severa con riesgo suicida. A 129 trabajadores se les realizó electroencefalograma (EEG): en 100 (74%) trabajadores no se identificaron alteraciones electrofisiológicas, 29 (21%) presentaron disfunciones de moderadas a severas; 7 (5%) trabajadores se negaron a realizarse el EEG. A 130 trabajadores se les solicitó tomografía axial computada (TAC); en 101 (74%) fueron

normales, 29(21%) anormales y 6 (4%) trabajadores se negaron realizarse la TAC. Las anomalías diagnósticas fueron: 13(10%) trabajadores presentaron neurocisticercosis, 12 (9%) atrofia cerebral significativa y 4 (3%) infartos cerebrales. El diagnóstico de simulación fue integrado en 51 (37%) trabajadores (TS), de los cuales 35 fueron mujeres y 16 en hombres. 35 (26%) trabajadores con invalidez laboral (TCI) y 50 (37%) trabajadores sin invalidez laboral (TSI) (Cuadro I). El grupo de TS tiene en promedio 613 días de incapacidad previo a su dictamen, el de TCI: 261 días, y el de TSI: 334 días ($p < 0.05$). El grupo de simuladores estuvo integrado por 21 (15%) trabajadores de la seguridad social; 14 (10%); desempleados 11 (8%) y empleados 5 (4%); el grupo de TCI estuvo integrado por 15 (11%) obreros, 10 (7%) empleados y 10 (7%) trabajadores de servicios. El grupo de TSI incluyó 20 (15%) trabajadores de la seguridad social; 15 (11%) empleados, 9 (7%) obreros y 6 (4%) desempleados. Los trabajadores de la seguridad social presentan trastornos de simulación con mayor frecuencia que los obreros y empleados ($p < 0.05$). Por otro lado, los simuladores presentaron EEG normal con mayor frecuencia que los TSI o TCI ($p < 0.00025$). Las anomalías en la TAC de cráneo se identificaron con mayor frecuencia en los grupos de TCI y TSI, en comparación con TS ($p < 0.00025$). Desde el punto de vista

clínico, los trabajadores simuladores presentaron con menor frecuencia síntomas depresivos en comparación con los trabajadores dictaminados inválidos y no inválidos ($p < 0.025$); TS poseen mayor nivel de escolaridad (media superior), en comparación con los TCI (media básica) ($p < 0.02$), 31 casos (23%) provienen de familia desintegrada y 46 (34%) de familias disfuncionales, pero sin diferencias estadísticamente significativas al compararlos con los TCI y TSI ($p < 0.10$ NS). No se encontraron diferencias significativas en las variables edad, antigüedad laboral y salario en los grupos bajo estudio.

Discusión

De acuerdo a los hallazgos encontrados se pueden considerar como datos clínicos, psicológicos y laborales sugestivos de simulación, además de los descritos en la literatura revisada, el antecedente de provenir de una familia desintegrada o disfuncional, ser trabajador del sexo femenino con edad entre 30 y 45 años con incapacidad laboral prolongada, principalmente por padecimientos ortopédicos, en los que el síntoma esencial es el dolor con predilección en región lumbar, hombro, o rodilla, el laborar en la seguridad social, y contar con hallazgos negativos en estudios de gabinete como el electroencefalograma y la tomografía axial computada de cráneo. Otra peculiaridad de estos sujetos es el considerable nivel de escolaridad, por lo regular mayor a nueve años lectivos, que corresponde a estudios medio superior. Además, la historia laboral de estos individuos se caracteriza por desempeñar con anterioridad pocos empleos. Los resultados obtenidos son similares a los informados por Dembe, Green y Binder.⁹⁻¹¹

Un factor no evaluado en el contingente estudiado es el nivel de agresividad inconsciente y el riesgo de violencia de los pacientes simuladores, factor que se estima puede relacionarse en forma significativa con el trastorno. Para ello se requiere efectuar estudios prospectivos controlados, en los que se incluya la evaluación de este factor psicológico que pudiera resultar de utilidad como predictor de conducta simuladora.¹²⁻¹⁴ Debido a las características del diseño del estudio, básicamente el ser retrospectivo y transversal, los hallazgos encontrados no pueden considerarse como valores predictivos, sin embargo, son de utilidad para constituir líneas de investigación respecto al padecimiento y su asociación con otros trastornos, con el objeto de comparar los factores analizados en este trabajo para establecer si se confirman los hallazgos al compararse con otras poblaciones de trabajadores en diferentes ámbitos geográficos, culturales, diferentes tipos sistemas de atención a la salud y actividades económicas.^{15,16}

Se debe destacar que en los trastornos de simulación parecen distinguirse por lo menos dos subtipos: el primero que incluye a sujetos desempleados, con síntomas depresivos severos, que pueden denominarse como simuladores famélicos, es decir, aquellos con severas dificultades económicas y ausencia de oportunidades de conseguir un empleo, trabajadores que como último recurso para conseguir un medio de subsistencia intentan engañar por sí mismos o aconsejados por terceros a las instituciones de seguridad social. El otro subtipo, al que puede denominarse como simulador doloso, el cual se caracteriza por antecedentes de

Cuadro I. Características clínicas y ocupacionales de 136 trabajadores revisados por la División de Salud en el Trabajo con probable estado de Invalidez en el 2001

Variable	n	%
Diagnósticos de envío		
Lumbalgia crónica	32	23
Demencias y Psicosis	24	17
Padecimientos neurológicos	20	15
Otros padecimientos ortopédicos	16	12
Hipoacusias	13	10
Resto de diagnósticos	31	23
Diagnósticos finales		
Simuladores	51	37
Padecimientos ortopédicos	36	26
Depresión mayor	29	21
Hipoacusias	9	7
Resto de diagnósticos	11	8
Aptitud laboral		
Trabajadores Simuladores (TS)	51	37
Trabajadores sin Invalidez (TSI)	50	37
Trabajadores con Invalidez (TCI)	35	26
Ocupaciones		
Trabajadores de la seguridad social	60	44
Obreros de la Industria de la Transformación	29	21
Empleados de Servicios	25	18
Resto de Actividades Económicas	22	16

Fuente: Formato clínico aplicado por la División de Salud en el Trabajo 2001.

desintegración familiar, maltrato infantil, conflictos laborales, ausencia de síntomas depresivos y ausencia de alteraciones a nivel cerebral, habitualmente se encuentran laborando al momento de reclamar una supuesta enfermedad incapacitante, y tienen rasgos de personalidad sociopática.¹⁷ Aunque en apariencia existen dificultades para la integración del diagnóstico definitivo de trastornos de la simulación en trabajadores, aún bajo circunstancias donde exista lesión subyacente,^{12,18} esta entidad debe ser sospechada, diferenciada, tratada y prevenida desde los niveles primarios de atención o desde los mismos medios de atención a la salud de los trabajadores en las empresas, ya que el aspecto laboral parece ser un componente guía para la aparición genuina de este tipo de trastorno.¹⁹⁻²¹ Asimismo, el diagnóstico de envío puede mejorar en cuanto a la sospecha de simulación por parte del personal de salud encargado de dictaminar el caso e identificar la potencial u obvia ganancia secundaria que espera el trabajador si fuera dictaminado como inválido para laborar.²²⁻²⁵



Figura 1. Distribución de trabajadores simuladores, con invalidez y sin invalidez, 2001.

En conclusión, en este estudio la simulación para obtener una ganancia secundaria presentó alta incidencia considerando que es un padecimiento relativamente nuevo; sin embargo, esta conducta se ha venido presentando desde hace tiempo.

Se deben continuar este tipo de estudios para conocer el comportamiento de este fenómeno en otras entidades e inclusive las variables que pueden estar asociadas, como el desempleo, la incapacidad prolongada, problemas familiares, etcétera.

Los trabajadores simuladores que demandan pensión por invalidez para el trabajo presentan características particulares diferentes a la de otros trabajadores que solicitan un dictamen de estado de invalidez.

Referencias

1. **Kaplan H, Sadock B, Grebb J.** Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica: Simulación. En: Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. 7° Edición, Buenos Aires, Argentina. 1996. p. 819-821.
2. **Pichot P, López-Ibor AJ, Valdés M.** Asociación Psiquiátrica Americana: Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica: Simulación. En: DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson SA. Barcelona, España 1995. p. 698-699.
3. **Vallejo Ruiloba J.** Histeria. Diagnóstico Diferencial: Simulación y neurosis de renta. En: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. 3ª Edición. Barcelona, España. 1991. p. 383, 527-530.
4. **Kaplan H, Sadock B, Grebb J.** Trastornos Facticios. En: Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. 7ª Edición. Buenos Aires, Argentina. 1996. p. 648-653.
5. **Pichot P, López-Ibor AJ, Valdés M.** Asociación Psiquiátrica Americana: Trastornos Facticios. En: DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson SA. 4ª Edición. Barcelona, España. 1995. p. 486-487.
6. **Vallejo Ruiloba J.** Trastornos Psicósomáticos: Trastornos Facticios. En: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. 3ª Edición. Barcelona, España. 1991. p. 527-529.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. Sección segunda. Invalidez. Art. 119. México, IMSS 1995. p. 104-106.
8. **Dembe AE.** The medical detection of simulated occupational injuries: a historical and social analysis. *Int J Health Serv* 1998;28(2):227-239.
9. **Green P, Iverson GL.** Validation of the computerized assessment of response bias in litigating patients with head injuries. *Clin Neuropsychol* 2001 Dec;15(4):492-497.
10. **Binder LM.** Forced-choice testing provides evidence of malingering. *Arch Phys Med Rehabil* 1992;73(4):377-380.
11. **Miller H, Cartledge N.** Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *Lancet* 1972;1;1(7750):580-585.
12. **LoPiccolo CJ, Goodkin K, Baldewicz TT.** Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Ann Med* 1999;31(3):166-174.
13. **Bellamy R.** Compensation neurosis: financial reward for illness as nocebo. *Clin Orthop* 1997;(336):94-106.
14. **Swanson DA.** Malingering and associated syndromes. *Psychiatr Med* 1984;2(3):287-293.
15. **Udell ET.** Malingering behavior in private medical practice. *Clin Podiatr Med Surg* 1994;11(1):65-72.
16. **Voiss DV.** Occupational injury. Fact, fantasy, or fraud? *Neurol Clin* 1995;13(2):431-446.
17. **Guilmette TJ, Whelihan WM, Hart KJ, Sparadeo FR, Buongiorno G.** Order effects in the administration of a forced-choice procedure for detection of malingering in disability claimants' evaluations. *Percept Mot Skills* 1996;83(3 Pt 1):1007-1016.
18. **DeClue G.** Feigning not equal malingering: a case study. *Behav Sci Law* 2002;20(6):717-726.
19. **Merten T.** Neuropsychological assessment of malingering. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70(3):126-138.
20. **Wildman RW, Wildman RW. 2nd.** The detection of malingering. *Psychol Rep* 1999;84(2):386-388.
21. **Guyton GP.** A brief history of workers' compensation. *Iowa Orthop J* 1999;19:106-110.
22. **Gianoli G, McWilliams S, Soileau J, Belafsky P.** Posturographic performance in patients with the potential for secondary gain. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122(1):11-18.
23. **Haines ME, Norris MP.** Detecting the malingering of cognitive deficits: an update. *Neuropsychol Rev* 1995;5(2):125-148.
24. **LoPiccolo CJ, Goodkin K, Baldewicz TT.** Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Ann Med* 1999;31(3):166-174.
25. **Guilmette TJ, Whelihan WM, Hart KJ, Sparadeo FR, Buongiorno G.** Order effects in the administration of a forced-choice procedure for detection of malingering in disability claimants' evaluations. *Percept Mot Skills* 1996;83(3 Pt 1):1007-1016.