

## **DISTORSIÓN CLÍNICA Y SIMULACIÓN EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL: UN ESTUDIO PRELIMINAR**

Antonio Domínguez Muñoz<sup>1</sup>

*Inspector Médico Evaluador del INSS.*

Rafael López Pérez

*Fundación Universitaria Behavior & Law*

Fernando Gordillo León

*Universidad Camilo José Cela*

Miguel Ángel Pérez-Nieto

*Fundación Universitaria Behavior & Law*

Ana Gómez Álvarez

*Inspector Médico Evaluador del INSS.*

José Luis de la Fuente Madero

*Inspector Médico Evaluador del INSS.*

### **Resumen**

Distintos trabajos muestran la alta frecuencia de la simulación en la solicitud de incapacidades temporales (IT), así como la escasa formación en la detección de la misma. Este trabajo tiene por finalidad abordar de manera básica, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo, el fenómeno de la distorsión en la valoración médica de la incapacidad mediante la revisión de las primeras 100 altas médicas emitidas por un médico evaluador del INSS. De la descripción de la muestra destaca, tras los análisis de los datos, que los grupos de trabajadores en pago directo y de “cuello blanco” presentan una mayor frecuencia de distorsión moderada y marcada. No obstante, la mayor presencia de distorsión marcada se encuentra en el Régimen Especial Agrario, con 10 de los 14 casos (71%,  $p < 0,001$  en la F de Fisher) y, sin embargo, no ocurre así en los trabajadores desempleados, que sólo presentan un 22% de distorsión marcada y su distribución no es diferente a la del grupo en su conjunto. La necesidad de formación para la valoración médica de incapacidad (VMI) en simulación y distorsión de síntomas es discutida y recomendada.

**PALABRAS CLAVE:** *Distorsión clínica, Simulación, Incapacidad Temporal*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Antonio Domínguez Muñoz. Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) de Málaga. C/Kandinsky, nº12. 29010-Málaga.

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

Fecha de recepción del artículo: 03-12-2013.

Fecha de aceptación del artículo: 20-12-2013

### **Abstract**

Various studies show the high frequency of malingering when applying for temporary incapacity, and poor training to detect it. Using a descriptive and retrospective study, this work aims to basically address the phenomenon of distortion in medical assessment of disability by reviewing the first 100 medical discharges issued by a medical assessor of the Instituto Nacional de la Seguridad Social [National Social Security Institute] (INSS). Following the analysis of the data, the description of the sample shows that that directly paid and "white collar" workers have a higher frequency of moderate and marked distortion. However, the Special Agricultural Scheme revealed the presence of the highest marked distortion, with 10 out of 14 cases (71%,  $p < .001$  with Fisher's  $F$ ), but this did not occur in the unemployed workers, who present only 22% of marked distortion, and its distribution is no different from that of the group as a whole. The need for training for the medical evaluation of disability in malingering and distortion of symptoms are discussed and recommended.

KEYWORDS: *clinical distortion, malingering, temporary disability*

### **Introducción y objetivos**

El lugar de trabajo y la propia actividad laboral corresponden a uno de los principales entornos para el desarrollo humano a la vez que un escenario de esfuerzos y riesgo para el trabajador (De Antonio 2010), por lo que es de los ambientes más legislados y regulados en nuestras sociedades, en el que coinciden normas y reglamentos que tienen gran incidencia sobre la salud (Costa, Larrea, Méndez, Ruíz y Santana, 1991). Al mismo tiempo, esta amplia legislación debería permitir un adecuado respaldo económico –prestaciones- y social –asistencia sanitaria, etc.- para los casos en que por enfermedad o accidente, sean o no laborales, haya una disminución de la capacidad del trabajador para generar ganancias mediante su trabajo.

Entre otras prestaciones destaca la incapacidad temporal (IT) (SEMFYC, 1999) cuya gestión, en muchas ocasiones, da lugar a conflictos entre los profesionales sanitarios y los trabajadores, generando dificultades sociales, laborales, éticas y sanitarias (Moretó Reventós y Sánchez Ibáñez, 2002). Entre estas dificultades se encuentra el gasto que supone para las empresas y la Seguridad Social (SS) (Benavides, Sáez, Barceló, Serra y Mira, 1999). En este sentido, hablar de calidad en el control de la prestación de IT, supone comprobar la adecuación entre la limitación funcional realmente padecida y hacer un uso

adecuado y responsable de los medios diagnósticos y terapéuticos y del tiempo necesario para la recuperación (Álvarez, Llergo y Vaquero, 2009).

Esa es, básicamente y junto a las prestaciones de Incapacidad Permanente, una de las tareas principales del médico evaluador, adscrito a las UMEVI –Unidades Médicas del Equipo de Valoración de Incapacidades- del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Tarea que resulta hoy sensiblemente más complicada por la progresiva responsabilidad que recae sobre la actividad inspectora y la creciente variedad de funciones en el ámbito de la valoración médica de incapacidad (VMI), (Alvarez-Blázquez, 2009, INSS, 2003) tras las últimas modificaciones legislativas. En concreto, desde finales del año 2010, mediante la Ley 35/2010, se añade una nueva disposición adicional al del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social -RDL 1/1994- (TRLGSS), la quincuagésima segunda (DA52º), donde se establece que *hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de incapacidad temporal del Sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social [...] los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud (SPS), para emitir un alta médica a todos los efectos.*

Se exige, además, una mayor dedicación de tiempo y un esfuerzo comunicativo para gestionar adecuadamente en consulta la actual entrega directa del alta médica por inspección (AMI) ya que resulta claramente perceptible para el médico evaluador la resistencia a incorporarse de unos trabajadores que han optado por acudir a su cita en la UMEVI en lugar de ir a su médico de Asistencia Primaria a por el alta médica lo que, implícitamente, podría apuntar a una voluntad definida de continuar en IT y, por ello, una mayor tendencia -voluntaria y consciente o no- a la distorsión para prolongar el periodo de baja laboral, ajustándolo a sus expectativas. Éste alta médica desde las UMEVI, es necesariamente inmediata (para el siguiente día laboral) y “por inspección” lo que supone una penalización adicional, por su propia denominación y –principalmente- por un especial seguimiento para obtener una nueva prestación de IT durante los siguientes 180 días de cotización, lo que puede resultar desproporcionado en algunos casos y un aumento de la carga burocrática en todos.

En la consulta de VMI se percibe a diario la presencia de distorsión, incluso en el contexto de una entrevista clínica no estructurada, según los criterios recogidos por Tearnan (2003) y descritos en los trabajos de Rogers (2008) (tabla 1). Su componente principal es, probablemente, la distorsión con magnificación o exageración de los síntomas y la incapacidad, intencionada y motivada por evidentes incentivos externos materiales (mantener la prestación

económica), junto con otros indicadores (véase González-Ordi, Capilla y Matalobos, 2008) que corresponde a la simulación (*malingering*).

Cabe recordar aquí, que el término *malingering* incluye en su significado la simulación pero también el fraude, y es de esta manera como la legislación española recoge este fenómeno, la posibilidad del fraude en IT y su efecto sobre la prestación. Lo hace tanto en el artículo 132.3 del TRLGSS “*El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.*” como en la Ley 8/1988 sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) donde aparecen como infracciones graves o muy graves, entre otras “*Actuar fraudulentamente con el fin de obtener prestaciones indebidas o superiores a las que correspondan, o prolongar indebidamente su disfrute*” (Artículos 25.3 y 26.1). Quizá la precisión semántica pueda generar una mayor conciencia sobre las consecuencias, incluso penales, y favorezca la necesaria desaprobación social de estas prácticas, dando lugar a un efecto de inhibición sobre la población.

**Tabla 1.** Indicadores clínicos de sospecha de simulación.

<b>Indicadores clínicos de sospecha de simulación</b>	
1.	Existe un beneficio externo; prolongación de IT, indemnización, etc.
2.	Discrepancia entre elementos médicos objetivos y síntomas o limitaciones.
3.	Distorsión de respuesta en pruebas de autoinforme (SIMS, MMPI...).
4.	Discordancia entre el rendimiento neurocognitivo y dolor o discapacidad.
5.	Incongruencia entre las conductas de dolor y su valoración subjetiva.
6.	Baja adherencia real a las prescripciones y los tratamientos médicos.
7.	Alteraciones del curso previsible de la enfermedad y/o el cuadro clínico.
8.	La frecuencia, intensidad o duración del cuadro excede mucho de lo usual.
9.	Duraciones o cambios de tratamiento muy por encima de lo esperable.
10.	Escasos o nulos avances terapéuticos independientes de dosis, etc.
11.	Recidivas o nuevos síntomas contingentes con la posibilidad del alta.
12.	El paciente predice su empeoramiento o falta de respuesta terapéutica.
13.	Al menos otro profesional sanitario ha sospechado la simulación.

**Nota.** Fuente: Adaptado de González-Ordi, Capilla y Matalobos (2008)

Como se recoge en el DSM IV-TR (APA, 2007) y no ha sufrido cambios en el muy reciente DSM-V, la simulación es frecuente en los contextos médico-legales o periciales a los que la consulta de VMI no es ajena (Álvarez, Álvarez y Álvarez 2003, Díaz-Salazar y Chavarría-Puyol, 2008) y supone una influencia

externa a lo puramente médico que afecta la evolución de un determinado caso según las circunstancias concretas del mismo.

Según diferentes estudios anglosajones (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit 2002, Samuel y Mittenberg , 2005) la frecuencia de simulación varía entre el 7,5% y el 33% en los solicitantes de prestaciones por incapacidad laboral, si bien, otros estudios más recientes (Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009) o realizados en España (Capilla y González-Ordi, 2009) estiman porcentajes que superan el 50%, a pesar de usar unos criterios mucho más restrictivos que los del DSM-IV-TR. Sus cuatro criterios carecerían de validación científica suficiente y podrían llegar hasta el 80% de falsos positivos (Rogers, 2003).

Resulta bien conocido en el ámbito de los accidentes de tráfico, que los daños producidos generan una compleja respuesta en la persona lesionada que facilita la aparición de la distorsión clínica, que según Aso y Cobo (2006), proviene no solo del daño corporal sufrido, también de la ruptura del curso esperable en la vida de la persona lesionada, que da lugar a sentimientos generadores de multitud de aspectos distorsionantes de la realidad.

Estudiar la distorsión en consulta de VMI, requiere ante todo detectarla, para poder después analizarla cuidadosamente, separando la deliberada de la que no lo es, usando criterios preestablecidos que lo permitan, ya que es bien conocido que, sin entrenamiento y experiencia –e incluso con ella-, nuestra capacidad de detectar el engaño es baja (Masip, 2005). El procedimiento inicial se basa (Capilla, 2009; Díaz-Salazar, 2008; González-Ordi, 2008, 2012; McDermott, 2007; Samuel, 2005; Tearnan, 2003) en el análisis de la consistencia del caso; la historia clínica (con sus aspectos verbales y no verbales en anamnesis, la conducta y exploración del paciente dentro y fuera de la consulta), la evolución clínica con sus procesos diagnósticos y terapéuticos, y todos los datos complementarios de antecedentes y circunstancias que sea posible obtener.

Recientemente se han publicado (Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013) las opiniones de 161 médicos implicados en la VMI –principalmente de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS (MATEPSS), pero también médicos evaluadores del INSS y de Asistencia Primaria- de 26 provincias españolas, acerca de la simulación en pacientes en IT, destacando la elevada frecuencia percibida y la llamativa ausencia de sistemas protocolizados para abordar las sospechas de simulación en la práctica diaria de la VMI.

Efectivamente, podemos considerar que existe consenso en que sólo mediante una metodología múltiple, estructurada y sistematizada (véase la propuesta por Capilla y González-Ordi, 2009) es posible obtener datos

suficientes para establecer la intencionalidad del paciente y la ausencia de elementos propios de otras entidades clínicas que es necesaria para diagnosticar la simulación (*malingering*).

Este trabajo tiene por finalidad abordar de manera básica, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo, el fenómeno de la distorsión en la valoración médica de la incapacidad mediante la revisión de las primeras 100 altas médicas emitidas por un médico evaluador del INSS, incorporado el 29 de diciembre de 2010 a su UMEVI de destino. Su formación principal incluye el título de especialista en Medicina Interna desde 2001 y el de Master en valoración del daño corporal y pericia médica desde 2007. Su actividad médica previa en el ámbito no asistencial se había desarrollado desde 2006 en el Departamento de Contingencias Comunes (CC) en una MATEPSS y, desde 2008, como perito médico judicial, tanto privado como por designación del juzgado, en casos de daños personales y de responsabilidad sanitaria, participando en procedimientos de las jurisdicciones penal, civil y contencioso-administrativa.

## Método

### *Procedimiento*

Se han estudiado de manera retrospectiva los expedientes disponibles en las aplicaciones informáticas institucionales del INSS en la UMEVI de Málaga, principalmente el aplicativo de trabajo informático de las unidades médicas (ATRIUM) y el programa administrativo e-SIL, revisando especialmente la historia clínica de los 100 primeros trabajadores a los que se les ha emitido un alta médica por inspección por parte del primer firmante, tras la consulta de VMI. Dichas consultas se celebraron entre los meses de enero y mayo de 2011. Su actividad médica estuvo destinada principalmente a la IT, incluyendo también las reclamaciones de altas médicas, las recaídas en IT según la DA52°, los expedientes de prórroga de IT, y los de Incapacidad Permanente (IP), entre otros.

En concreto, se ha recogido información disponible acerca de:

1. Los datos demográficos y laborales básicos de cada uno de los 100 trabajadores que han recibido el alta (sexo, edad, nivel profesional -blue collar/white collar-, activos o en desempleo, etc.) junto con los relativos al episodio de IT (contingencia, pago directo o delegado, episodios previos en ATRIUM, duración, grupos de diagnóstico, etc.).

2. Las impresiones subjetivas obtenidas por el médico evaluador durante las consultas de VMI realizadas en la UMEVI acerca de las características técnicas de los casos, el manejo de los mismos, la reacción del trabajador ante la entrega directa de un AMI con efecto inmediato, así como la posible existencia de distorsión para prolongar la IT, a juicio del médico evaluador.

#### *Variables conceptuales y de análisis*

Procede aclarar algunos de los conceptos, ya que se trata de un contexto en el que existe cierta confusión terminológica que podría complicar la comunicación. A los efectos de éste trabajo, se ha considerado la existencia de distorsión en la consulta de VMI cuando se ha observado la existencia de un estilo de respuesta “magnificado”, “reducido” o que muestra características de ambos. Como recoge Tearnan (2003), con “estilo de respuesta” (ER) hacemos referencia a los patrones de comportamiento presentados por los pacientes cuando informan de sus síntomas, físicos o psíquicos. Se consideran básicamente cinco ER; Sincero (*Honest*), Magnificador (*Maximization*), Reductor (*Minimization*), Combinado (*Mixed*) e Irrelevante (*Irrelevant*).

La distorsión así definida puede ser intencionada o no; sólo la intencionada que esté orientada a obtener un determinado objetivo puede considerarse engaño (*deception*) y sólo el engaño que busca un beneficio externo (material o no), correspondería a simulación (*malingering*). En caso de tratarse de un engaño que responde a una necesidad interna (intrapsíquica) de conseguir y mantener el rol de enfermo correspondería a un trastorno facticio.

Siguiendo con los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2007), la distorsión puede ser también involuntaria como ocurriría con los trastornos somatoformes que incluyen entre otros los conversivos y la somatización, presentando síntomas físicos o psíquicos que están fuera del control consciente del paciente y corresponden a manifestaciones físicas de origen psicoemocional.

En el referido Manual, la simulación (*malingering*) no se considera un trastorno mental, y se incluye como “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”. Aunque la definición de la simulación en la CIE-10 es muy semejante, nos aporta otra referencia clínica interesante, a aplicar en casos de distorsión involuntaria (como en los trastornos somatoformes del DSM-IV-TR), la “elaboración psicológica de síntomas somáticos” que incluye la actualización de la llamada “Neurosis de Renta”, denominación que se resiste a su erradicación (Ordoñez, 2010) probablemente por su simplicidad dentro de la confusión y su utilidad en la práctica diaria de la VMI y ámbitos anexos.

## Resultados

### *Datos demográficos y laborales básicos.*

Hasta el momento de las primeras 100 altas se habían realizado 500 consultas de IT, lo que supone que el 20% de los pacientes vistos en consulta de VMI recibieron dicho alta médica por el médico evaluador. Tras las primeras 100 AMI emitidas se habían interpuesto 8 reclamaciones del alta médica, que fueron procesadas por el propio médico evaluador que emitió el AMI y desestimadas por carecer de información nueva significativa.

El grupo tiene predominio femenino (57 mujeres y 43 hombres) y de casos en pago directo (55 pacientes de los 100), es decir pacientes que trabajan por cuenta propia o empleados por cuenta ajena pero que ya no siguen contratados, lo contrario corresponde al pago delegado. La media (M) de edad se sitúa en 49 años, con una desviación estándar (DS) de 10,5 años y un rango de 21 a 67. En una clara mayoría se trataba de trabajadores manuales en el campo, la construcción, industrias o talleres, los llamados trabajadores de "cuello azul", o *blue collar workers* en el ámbito anglosajón, dónde es costumbre agrupar bajo el color teórico del cuello de su camisa a los trabajadores según el tipo de oficio que desempeñan.

Así, sólo 24 casos del grupo pueden clasificarse como trabajadores de "cuello blanco" (*white collar workers*) es decir, aquellos que se encargan de tareas "de oficina", administrativos, ejecutivos, oficinistas, profesores, etc. Casi el 20% del grupo estaba en situación de desempleo, otros tantos eran trabajadores de los regímenes especiales de empleadas de hogar y trabajadores autónomos (REEH, RETA) y un 14% pertenecía al Régimen Especial Agrario (REA). Sólo dos casos, ambos hombres, correspondían a IT por accidente de trabajo, el resto se trataba de contingencias comunes. Los dos accidentes de trabajo eran lesiones traumáticas, ambos habían sido considerados leves y no hubo secuelas al alta.

La mayoría de los trabajadores (60) tenían procesos previos de IT en ATRIUM y 12 de ellos superaban los 5 episodios de IT recogidos en dicha aplicación. En 10 trabajadores del grupo se encontró en ATRIUM una solicitud de IP previa reciente por iniciativa propia que había sido denegada. Este último dato es simplemente un mínimo, ya que no se ha revisado cada caso en SARTIDO, la aplicación institucional del INSS que recoge los expedientes digitalizados para conocer todas las solicitudes de IP. Tampoco pudo estudiarse la existencia de otros episodios previos de IT en el ámbito de las MATEPSS por

no poder acceder aún a sus sistemas informáticos desde la UMEVI, lo que al parecer sí será posible en breve.

**Tabla 2.** Características laborales y médicas del grupo estudiado.

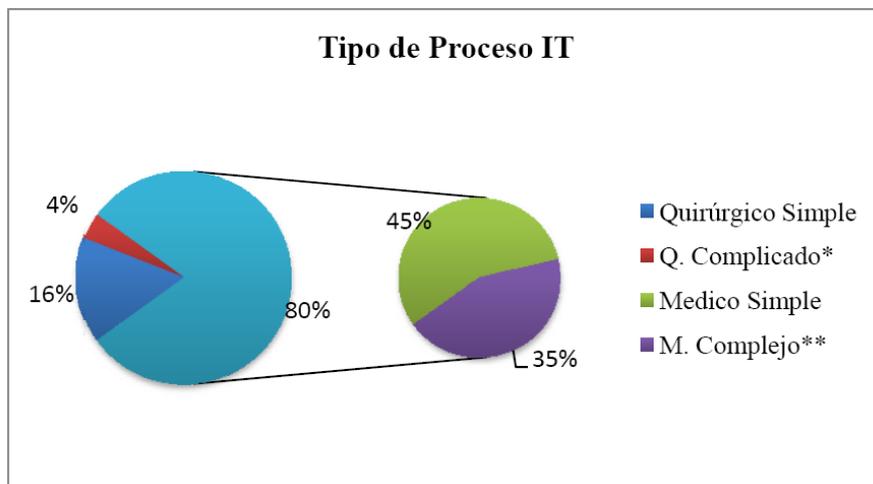
<b>Característica del grupo (100 trabajadores)</b>	<b>Representación (nº de casos, equivalente al %)</b>
Sexo	57 Mujeres y 43 Hombres
Tipo Actividad Profesional	76 Blue Collar y 24 White Collar
Activos o en desempleo	82 Activos y 18 desempleados
Contingencia	98 Contingencia Común y 2 A. Trabajo
Tipo Pago del episodio de IT actual	55 Pago Directo y 45 Pago Delegado
Episodios previos de IT en ATRIUM	Múltiples, 12 casos; Sí, 48 y No 40 casos
Duración del episodio IT versus TEDIT	95 casos superan TEDIT, 5 casos no.
Solicitud de IP reciente en ATRIUM	90 casos No, 10 casos Sí.
Tipo proceso causa de la IT actual	80 casos médicos y 20 quirúrgicos (Q)
Casos simples versus complicados	35 médicos complejos y 4 Q complicados
Distorsión en la consulta VMI	No 7 casos, Ligera 25, Moderada 41 y Marcada 27 casos

**Nota:** ATRIUM: Aplicativo de Trabajo Informático de las Unidades Médicas; TEDIT: Tiempo Estándar de Incapacidad Temporal; VMI: Valoración Médica de Incapacidad.

#### *Duración y diagnósticos.*

La duración media del episodio de IT concluido mediante AMI fue de 88,32 días, con una DS de 56,5 y un rango de 16 a 281 días. Sólo en un 5% de estos casos, la duración del episodio fue inferior al tiempo estándar de IT (TEDIT) recogido en el último Manual del INSS (2009) e incluido en ATRIUM como referencia. Además, esto sucede tras cambiar la definición de TEDIT por “*el tiempo medio óptimo* (tiempo mínimo óptimo en la edición previa) *que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador*”.

El análisis del diagnóstico causa de la IT nos muestra 80 casos de tipo médico y 20 casos quirúrgicos; 35 de los primeros correspondían a casos complejos, es decir, que implicaban potenciales alteraciones funcionales en más de una especialidad médica, siendo la combinación más habitual la patología del sistema osteomioarticular (SOMA) con la psicoemocional (PSI) y, en general, ésta última estaba presente en la mayoría de los casos. De los 20 casos quirúrgicos, sólo 4 habían presentado complicaciones significativas desde el punto de vista de la prolongación de la limitación funcional.



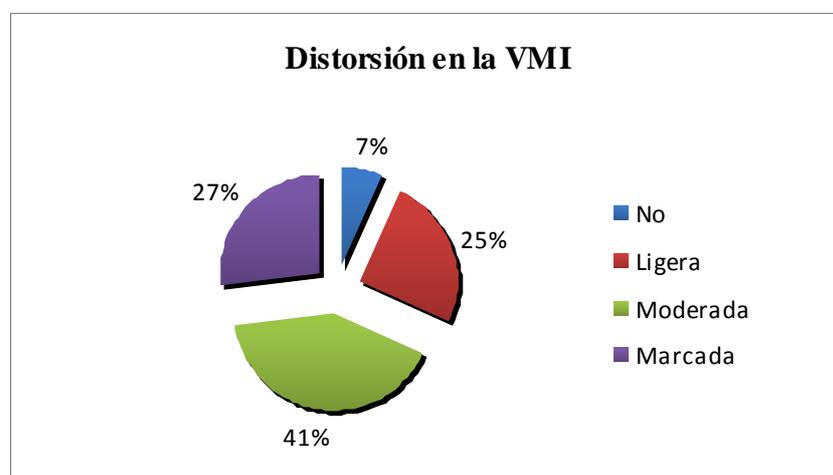
\*Las complicaciones referidas son las propias de la cirugía (dehiscencia, hemorragia, infección, etc.). \*\*El proceso médico simple sólo presentaría limitación funcional en el ámbito de una especialidad (Ej. SOMA), el médico complejo incluiría limitaciones en el de más de una (Ej. SOMA y PSI).

**Figura 1.** Tipo de proceso causa de la Incapacidad Temporal (IT) actual.

Por grupos de diagnóstico y en concordancia con lo ya recogido (González Barcala et al, 2006), la patología SOMA predomina claramente con 34 casos, la combinación SOMA con PSI –que tampoco es algo nuevo (Härter, Reuter, Weisser, Schretzmann, Aschenbrenner y Bengel, 2002)- añadía otros 19 casos y la específicamente PSI incluía 13 casos más. En otros 8 casos se trataba de patología cardiovascular (CV) y el resto (26%) se repartía en grupos menores de diversas especialidades médicas (neumología, neurología, urología, digestivo, ginecología, etc.).

Resulta reseñable la existencia de un caso del llamado Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple, incluido en los llamados “trastornos emergentes” y relacionado con el Sd. Fibromialgia y el de Fatiga Crónica, dentro de los llamados MUPS (Richardson, 2004, Park y Knudson, 2007) trastornos del ámbito somatoforme con o sin otros síntomas psicoemocionales asociados: “*Medically unexplained physical symptoms may be defined as physical symptoms that prompt the sufferer to seek health care but remain unexplained after an appropriate medical evaluation.*” (MUPS se puede 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). Su prevalencia en encuestas telefónicas alcanza al 30% de la población, la gran mayoría cumple el criterio de haberlos consultado. Es frecuente que se generen conflictos en consulta asistencial 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.

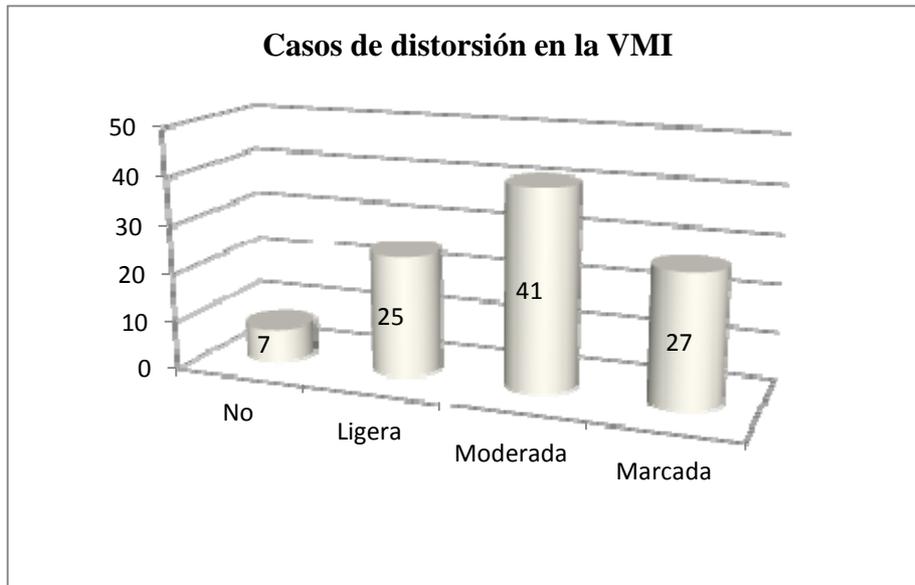
En éste grupo de pacientes, que presentan problemas basados únicamente en síntomas subjetivos –principalmente dolor crónico- no objetivables mediante exploraciones complementarias, la dificultad para valorar su incapacidad es muy elevada, los trastornos mentales son frecuentes y la distorsión clínica es la norma cuando acuden a consulta de VMI. De hecho, los MUPS serían su correlato en el ámbito asistencial.



**Figura 2.** Proporciones de distorsión en la consulta de la Valoración Médica de Incapacidad (VMI) a juicio del médico evaluador.

A juicio del médico evaluador, sólo 7 de los casos que han recibido el AMI se mostraron en consulta de VMI libres de distorsión; los 93 restantes se distribuían en distorsión ligera (25 casos), moderada (41 casos) y marcada (27 casos).

En éstos últimos se recogen con frecuencia en la historia clínica claras inconsistencias entre lo referido y lo recogido en los informes del Servicio Público de Salud, todos los criterios del DSM-IV-TR con excepción de la personalidad antisocial, alguno de los clásicos signos de Waddell u otras maniobras similares sugerentes de distorsión (McDermott, 2007), siendo lo más frecuente la exageración (“*overreaction*”) al intentar realizar la exploración física del trabajador.

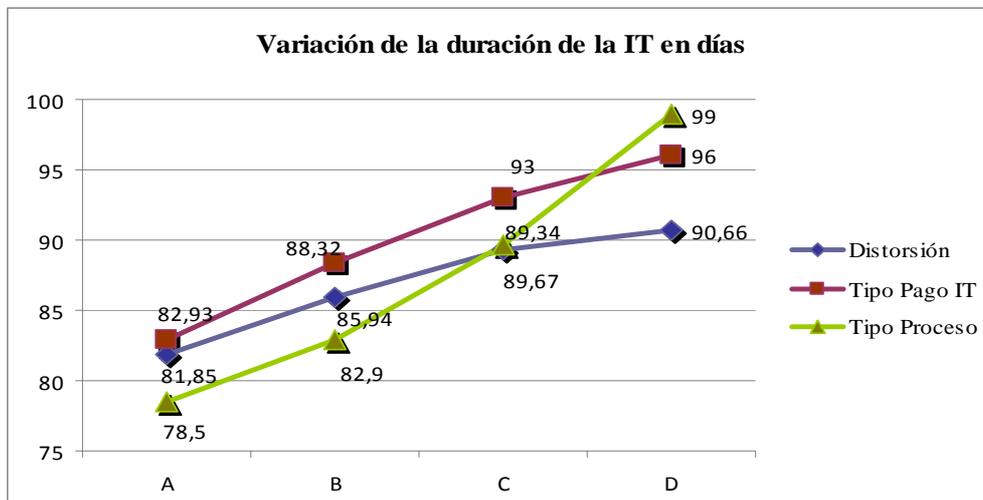


**Figura 3.** Distribución de los casos de distorsión en la Valoración Médica de Incapacidad (VMI) a juicio del médico evaluador (n = 100).

Aunque no alcanza significación estadística debido a los pequeños tamaños muestrales (tres de los grupos tienen menos de 30 casos), la existencia de distorsión marcada supone un incremento de los días de IT (90,66 días) con respecto a los casos sin distorsión (81,85 días) o a aquellos con distorsión ligera

(85,92 días). Si incluimos la media del grupo considerado como distorsión moderada (89,34 días) queda claro el ascenso gradual del número de días de IT al aumentar el grado de distorsión percibida por el médico evaluador. Así mismo, pese a la llamativa diferencia en las medias de duración de los dos tipos de pago (93,01 días –el directo- versus 82,95 días del delegado), ésta tampoco alcanza significación en la prueba t de Student.

El mismo fenómeno sobre la duración media de la IT ocurre con algunos otros de los factores explicados, éstos de determinación objetiva y fácil explicación (casos complejos versus simples o trabajadores en pago directo versus pago delegado), que también se incluyen en la gráfica siguiente.



**Nota.** Distorsión: A (no distorsión), B (ligera), C (moderada) y D (marcada); Tipo de pago por Incapacidad Temporal (IT): A (delegado: contrato laboral por cuenta ajena en vigor), B (grupo completo), C (directo: trabajadores por cuenta propia o por cuenta ajena sin contrato vigente) y D (desempleados). Tipo de proceso –definidos en Figura 1-: A (Simples: médicos no complejos y quirúrgicos no complicados), B (quirúrgico), C (médico) y D (Complejos: médicos complejos y quirúrgicos complicados).

**Figura 4.** Variación de la media de duración de la Incapacidad Temporal (IT) en función de los diversos elementos analizados.

Los grupos de trabajadores en pago directo y de “cuello blanco” presentan una mayor frecuencia de distorsión moderada y marcada que sus alternativas, lo que roza la significación estadística ( $p < 0,1$ ) en la prueba de  $\chi^2$  realizada. No obstante, la mayor presencia de distorsión marcada se encuentra en

el Régimen Especial Agrario, con 10 de los 14 casos (71%,  $p < 0,001$  en la F de Fisher) y, sin embargo, no ocurre así en los trabajadores desempleados, que sólo presentan un 22% de distorsión marcada y su distribución no es diferente a la del grupo en su conjunto.

Los datos mostrados se añaden a los recogidos en la amplia bibliografía recogida e insisten en la necesidad de aplicar un sistema estructurado para el análisis de la distorsión en medicina evaluadora que nos permita establecer, con una razonable seguridad, si estamos en presencia de un caso de simulación o fraude (*malingering*) o se trata –por ejemplo– de somatización, conversión o de la “elaboración psicológica de síntomas somáticos” recogida en el CIE-10.

### **Discusión y conclusiones**

El grupo estudiado, formado por las primeras 100 altas entregadas en 2011 por el entonces recién incorporado médico evaluador, está formado por trabajadores de mediana edad, “de cuello azul”, con predominio femenino y de trabajadores en pago directo, en relación con la elevada presencia de casos en situación de desempleo y de regímenes especiales (REEH, REA, RETA).

Las contingencias comunes corresponden a la práctica totalidad de los casos (98%) y en una clara mayoría de los trabajadores (60%) pueden encontrarse otros episodios en ATRIUM, no siendo infrecuente hallar múltiples procesos previos de IT ni la denegación de solicitudes de IP por iniciativa propia, a pesar de las limitaciones para la recogida de dichos datos en éste trabajo.

Predomina la patología médica (80%), principalmente del ámbito locomotor y el área psicoemocional que, en muchos casos, se presentan combinadas. En el resto, el diagnóstico es más variado con representación del área cardiovascular y de diversas especialidades médicas (neumología, neurología, urología, digestivo, ginecología, ORL, etc.). La duración media de los episodios de IT concluidos mediante AMI se acerca mucho a los tres meses, con un amplio rango de 16 a 281 días. Sólo un 5% de los casos ha tenido una duración dentro del tiempo estándar de IT según el último Manual del INSS, que lo asimila a duraciones medias por proceso; dichas previsiones podrían ser excesivamente optimistas y más ajustadas a una definición de “tiempo mínimo óptimo” como la que se recogía en la edición previa.

Existe una dificultad técnica creciente en las UMEVI por la progresiva responsabilidad, variedad de funciones dentro de la VMI, necesidad de tiempo y complejidad de los casos. También hay una clara resistencia a las altas médicas

por inspección. El único recurso de un alta médica inmediata y por inspección del que dispone hoy el médico evaluador resulta excesivamente rígido y no se ajusta a la teórica igualdad de competencias con la Inspección de Servicios Sanitarios de los Servicios Públicos de Salud, recogida en la Ley 35/2010.

Se percibe de manera habitual en la consulta de VMI la existencia de distorsión para prolongar la incapacidad temporal u obtener una incapacidad permanente. Existen diversas circunstancias que se relacionan con una mayor distorsión, que se comporta como un fenómeno adaptativo y, a su vez, el grado de distorsión percibido por el médico evaluador se relaciona directamente con la duración de la IT.

Sería útil aplicar en medicina evaluadora un protocolo sistemático basado en la literatura médica actualizada para analizar apropiadamente cada caso y poder clasificar sus diferentes tipos, principalmente, detectar la simulación o fraude (*malingering*). En este sentido, se recomienda el uso de criterios diagnósticos múltiples, frente a la utilización de *test* únicos, además de la utilización de puntos de vista evaluativos que integren *test* especializados e indicadores de validez (Capilla y González, 2010). En definitiva, la utilización convergente de múltiples métodos, fuentes y estrategias, mediante herramientas de *screening*, entrevistas estructuras, pruebas médicas y test psicométricos (Vitacco, 2008).

Esto es congruente con el tratamiento dado a la simulación dentro de la psicología, y en especial dentro del ámbito forense, donde destacan trabajos como el de Arce y Fariña (2005) con el desarrollo del Sistema de Evaluación Global (SEG), que ha demostrado una gran eficacia en la evaluación de la credibilidad del testimonio y la simulación/ disimulación de daño en salud mental (Martínez, Orihuela y Abeledo, 2011).

## Referencias

- Álvarez, E., Llergo, A. y Vaquero, M (2009). Análisis de la duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten. Primaria*, 41 (7), 387-393.
- Álvarez Sáenz, J. J., Álvarez Collado, L. y Álvarez Collado, C. J. (2003) La pericial médica. El médico evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad social como perito titular. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 193,59-62.
- Álvarez-Blázquez, F, Director. Jardón Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J, coordinadores. (2009). *Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Madrid: Escuela Nacional de

- Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Álvarez-Blázquez, F. (2010). Atención primaria, incapacidad laboral y nuevas tecnologías. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218),10-11.
- American Psychiatric Association –APA- (2007). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th Ed., text revision). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77.
- Aso Escario, J. y Cobo Plana, J. A. (2006) *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/03 (3ª Edición)*. Madrid: Elsevier España.
- Benavides, F. G., Sáez, M., Barceló, M. A., Serra, C. y Mira, M. (1999). Incapacidad temporal: estrategias de análisis. *Gaceta Sanitaria*, 13, 185–90.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009) Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20(4), 255-263.
- Costa, M., Larrea, M., Méndez, E., Ruíz, R. y Santana, P (1991). Educación para la salud en seguridad laboral. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65, 187-204.
- De Antonio García, M. Temas de Psicología del Trabajo. (2010) *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(221), 271-273.
- Díaz-Salazar, C. E. y Chavarría-Puyol, H. M. (2008) Reflexiones sobre la simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Rehabilitación*, 42, 325-330.
- González-Barcala, F.J., Cadarso-Suárez, C., Valdés-Cuadrado, L., Lado-Lema, M.E., Bugarín-González, R., Vilariño-Pombo, C. y Hervada-Vidal, X. (2006). Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria*, 37(8), 431-438.
- González-Ordi, H. Capilla-Ramírez, P. y Matalobos-Veiga, B. (2008) Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19(3), 393-415.
- González-Ordi, H., Santamaría, P. y Capilla Ramírez, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J. y Curtis, K. L. (2009). The prevalence of malingering in chronic pain patients referred for psychological evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90, 1117-1126.
- Grupo de IT de la SEMFYC. (1999). Modificación legislativa de la gestión de incapacidad temporal en atención primaria. *Aten Primaria*, 17, 4–6.
- Härter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, A. y Bengel J.A. (2002). Descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 461-468.

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). *Manual de actuación para médicos del INSS (1ª Ed. 2003)*. Madrid: Secretaría Estado de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). *Manual de tiempos estándar de Incapacidad Temporal. (2ª Ed. 2009)*. Madrid: Secretaría Estado de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Martínez, N., Orihuela, M. J. y Abeledo, M. (2011). Evaluación de simulación de incapacidad laboral permanente mediante el Sistema de Evaluación Global (SEG). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 207-224.
- Masip, J. ¿Se pilla antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no-verbal del engaño. (2005) *Papeles del Psicólogo*, 92 (26), 78-91
- McDermott, B. E. y Feldman, M. D. (2007) Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics North America*, 30(4), 645-62.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. y Condit, D. C. (2002) Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- Moretó, A., Sánchez, M. J. (2002). Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión*, 8, 85-90.
- Nogué, S., Rovira, E., Montori, E., Fernández-Solá, J. y Munné, P. (2007). Sensibilidad química múltiple: análisis de 52 casos. *Medicina Clínica (Barc)*, 129, 96-9.
- Ordóñez Fernández MP. (2010). ¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 39-45.
- Park, J. y Knudson, S. (2007) Medically unexplained physical symptoms. *Health Reports*, 18(1), 43-47.
- Richardson, R. D. y Engel, C. C. (2004) Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms. *The Neurologist*, 10, 18-30
- Rogers, R. (2008). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 3ª edición. Nueva York: The Guilford Press.
- Santamaría, P., Capilla Ramírez P. y González-Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24, 139-151.
- Samuel, R. Z. y Mittenberg, W. (2005) Determination of Malingering in Disability Evaluations. *Primary Psychiatry*, 12(12), 60-68.
- Tearnan, B. H. (2003) Detection of deception and malingering. *The Pain Practitioner*, 13(1), 8-14.
- Vitacco, M. J. (2008). Syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and Deception* (pp. 39-50). 3ª edición. Nueva York: The Guilford Press.