

Acerca de simuladores

Estimado Sr. Editor:

Leímos con detenimiento el artículo reciente de Quezada Ortega y colegas¹ sobre la simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral, que toca aspectos importantes no sólo para la medicina laboral sino para la medicina en general.

El asunto central es que es difícil obtener pruebas fehacientes de simulación, como la detección *in fraganti* o la confesión del paciente. Con lo que habitualmente se cuenta, particularmente en un contexto médico legal, es con inconsistencias mayores o menores entre los datos que calificamos como objetivos, que proceden de exámenes de laboratorio y gabinete o de la exploración física, y los datos subjetivos o síntomas reportados por el paciente, que nos permiten sospechar simulación en mayor o menor grado.

Los autores utilizan categorías perfectamente definidas: simuladores y no simuladores, colores blanco y negro, cuando en realidad estamos ante tonos de grises, personas en las que se sospecha la simulación con un grado variable de certidumbre. Aun en estudios controlados, con voluntarios que fingen síntomas, es decir simuladores probados, se detectan errores en 20 a 30% de las ocasiones en la identificación de simuladores por el médico.^{2,3} El sistema de salud y los médicos tienen gran intolerancia con los supuestos simuladores, lo que los pone en alto riesgo de discriminación asistencial y laboral y de ruptura de la confidencialidad. Esto es inaceptable para los supuestos simuladores, especialmente para los que quedan clasificados incorrectamente. En ocasiones no tan raras, esos detestables "simuladores" van demostrando enfermedades previamente conocidas o desconocidas, ante la vergüenza del sistema de salud y de su personal.

En nuestro medio y en muchos otros en el mundo, es indispensable adentrarse más en el estudio de los síntomas y síndromes comunes como el dolor lumbar, que tiene multitud de causas, muchas de las cuales no se identifican fácilmente con los estudios disponibles. Ante la común incertidumbre, vale la pena pensar en un padecimiento orgánico y que se está ante un sufrimiento real del sujeto. Respecto al dolor lumbar bajo, por ejemplo, Bigos y colaboradores⁴ recomiendan que interpretar las inconsistencias en la conducta del dolor como simulación no beneficia ni al paciente ni al médico.

La intolerancia del médico y de la medicina ante los supuestos simuladores, y en general ante los pacientes sin enfermedad física, como la conversión y la enfermedad facticia, son también consecuencia de que la medicina actual se centra en la enfermedad física orgánica y, en buena medida, es incapaz de atender y entender lo que se sale de su paradigma.

Por si fuera poco, las circunstancias que rodean el fenómeno de los supuestos simuladores no se evalúan con suficiente detalle, y podemos estar ante conductas aprendidas en consultas previas, es decir, propiciadas si no por el médico sí por el sistema de salud. La búsqueda de la ganancia secundaria se favorece por sistemas de valoración de incapacidad laboral insuficientemente desarrollados en nuestro medio y en todo el mundo, y que dan lugar a múltiples casos con diagnósticos y pronósticos laborales inciertos. Asignar la etiqueta de simulador a tales pacientes, permite que se le nieguen prestaciones y se limiten gastos de la institución.

Para un mejor acercamiento al problema se requiere reconocer al paciente que demanda invalidez laboral como una persona pidiendo ayuda, por una variedad de motivos biológicos, psicológicos y sociales a investigar, que pueden incluir condiciones de vida o laborales intolerables, y enfermedades físicas o mentales más o menos evidentes. Desde esta perspectiva, la clasificación de simuladores tiene cabida sólo en situaciones de excepción.

Es muy común en medicina y rutinario en la evaluación de incapacidad en medicina laboral, que se necesite dicotomizar una variable que es continua; en el caso que nos ocupa definir: si se le otorga o no una pensión al sujeto, o si se califica o no la queja como debida al trabajo. Hubiera sido de gran ayuda al lector que se incluyera una tabla desglosando los indicios de simulación en el grupo estudiado, o los criterios con los que diagnosticaron simulación.

Preocupan varios datos que los autores consideran "sugestivos" de simulación y que se describen en la discusión: "provenir de una familia desintegrada, educación avanzada y pocos empleos previos, mujeres de 30-45 años de edad con incapacidad prolongada especialmente por problemas ortopédicos con dolores variados, laborar en la seguridad social y algunos estudios negativos: EEG y TAC de cráneo". En los servicios de reumatología, ortopedia y en otras especialidades, abundan mujeres que llenan muchos de esos criterios, que como indicadores de simulación entran en conflicto con el sentido común.

Los sujetos que demandan al Instituto Mexicano del Seguro Social por incapacidad laboral respiratoria frecuentemente tienen una función respiratoria normal, un dato indirecto de que en efecto se tiende a abusar el sistema de las pensiones.⁵ Ante este problema es indispensable mejorar los criterios de incapacidad laboral, lo que también aplica al trabajo en discusión. Se pueden incorporar a los nuevos criterios aspectos como la consistencia o inconsistencia de los datos objetivos, pero sería mejor hablar de inconsistencia de datos o de ausencia de alteraciones objetivas, que de simulación, diagnóstico que en la mayoría de las ocasiones no puede hacerse con certeza y que tiene una connotación negativa y discriminatoria.

Rogelio Pérez-Padilla^{a*} y Alfredo Pérez-Padilla^b

^aInstituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, D. F., México

^bMedicina del Trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jal., México

Referencias

1. Quezada-Ortega MR, Razo-Mondragón JLP, Marín-Cotonieto IA, et al. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gac Med Mex* 2006;142:109-112.
2. Khostanteen I, Tunks ER, Goldsmith CH, et al. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. *J Rheumatol* 2000;27:2671-2676.
3. Leavitt F. Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of low back pain. *J Occup Med* 1987;29:229-233.
4. Bigos St Bowyer O, Braen G. Acute low back problems in adults. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide Number. 14. Rockville MD: U.S.: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1994.
5. Pérez-Padilla J, Regalado-Pineda J, Vázquez-García JC. Reproducibilidad de espirometrías en trabajadores mexicanos y valores de referencia internacionales. *Salud Publica Mex* 2001;43:113-121.

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Rogelio Pérez-Padilla. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Calzada de Tlalpan 4502, 14080 México, D. F., México. Correo electrónico: perezpad@servidor.unam.mx

Fe de erratas

En el artículo de Tapia-Rombo y colaboradores, publicado en Gac Med Mex 2007;143:101-108, el tercer párrafo del resumen en inglés,

Dice: "Significant factors in the multivariate analysis were gestational age < 32 weeks, caloric intake \leq 100 calories/Kg/day and mean airway pressure (MAP) = 4.5 cm H₂O".

Debe decir: "Significant factors in the multivariate analysis were gestational age < 32 weeks, caloric intake \leq 100 calories/Kg/day and mean airway pressure (MAP) \geq 4.5 cm H₂O".

En el artículo del doctor Alberto Lifshitz, Un clínico en el siglo XXI, publicado en Gac Med Mex 2007;143:279-283, se omitieron los cuadros I y II que se reproducen a continuación:

Cuadro I. Características de la época contemporánea

Desarrollo científico y tecnológico acelerado
Recambio rápido de conocimientos
La evidencia se jerarquiza por sobre la inferencia de aportaciones transdisciplinarias
La revolución de la informática

Una sociedad más participativa y exigente
Desconfianza sistemática en la autoridad
La revolución de la bioética
Conciencia de los derechos de los pacientes
Autocuidado de la salud
La publicidad de medicamentos dirigida a los pacientes y al público

El imperativo económico
La importancia de los costos

Las nuevas formas de organización de la atención médica
La medicina ambulatoria y el ocaso del hospital
La transición hacia la enfermedad crónica
Las epidemias modernas
Las medicinas alternativas (o alternativas de la medicina)
Certificación

Cuadro II. El clínico clásico y el del siglo XXI

Clínico clásico	Clínico del siglo XXI
Carismático, suscita confianza, discreto, responsable, solidario, fiel	
Paternalista	Respetuoso de la autonomía
Intuitivo	Racional
Basado en su experiencia	Basado en evidencias
Soslayando costos	Con conciencia de los costos
Sustentado en su figura y su prestancia	Sustentado en su competencia técnica
Fundamentado en sus sentidos entrenados	Fundamentado en indicios objetivos
Aísla al paciente de la sociedad	Vincula al paciente con la sociedad
Ingenuo, confiado	Escéptico
Trabaja independiente	Trabaja en equipo y en organizaciones
A vocación aparente entre signos y enfermedades	Asociación estadística entre signos y enfermedades
Elige terapéuticas recomendadas	Elige terapéuticas validadas
Hace abstracción del contexto	Se adapta al contexto
