

REPASANDO EN AP

¿Detectamos a los pacientes simuladores?

Simão Aiex L¹,
Morillas Fernández M²L²,
Pineda Tenor D³

*1Médico de Familia. CS San Miguel. Distrito Sanitario
Costa del Sol. Málaga*

2Médico Especialista en Medicina Legal y Forense

3Especialista en Psicología Clínica

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 7-03-2018; aceptado para publicación el 3-05-2018
Med fam Andal. 2019; 1: 52-54

Durante una guardia de Atención Primaria avisan para acudir a atender a una joven de aproximadamente 20 años que había sufrido un cuadro sincopal en vía pública sin dar más datos. A la llegada del equipo sanitario, unos minutos más tarde, se encuentra a la joven consciente, acompañada de sus padres y hermanos pequeños, en posición de decúbito supino con las piernas elevadas y ligero trabajo respiratorio.

Aunque aparentemente poco reactiva a estímulos verbales y dolorosos, el resto de exploración es normal: frecuencia cardiaca de 80 lpm, temperatura 36°C, tensión arterial, 124/75, saturación de oxígeno 100%, glucemia capilar 124. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, sin signos de isquemia, ni alteraciones de la repolarización.

Tras una rápida anamnesis a su madre que refiere que anteriormente ya había presentado un cuadro similar por el cual fue estudiada sin que se encontrara ninguna causa aparente, se le administra naloxona y flumazenilo y dado que no presenta mejoría clínica es trasladada al hospital de referencia.

Ya en el hospital y pasado un tiempo la paciente por si sola empieza a responder y la exploración neurológica es normal, por lo que se sospecha de posible trastorno conversivo/simulación.

Se realiza analítica de sangre y orina con tóxico sin alteraciones.

Es dada de alta y al día siguiente vuelve al hospital por cuadro de similar al del día previo, acompañado de frialdad y palidez de mucosas, por lo que rápidamente se le realiza TAC craneal en el cual se objetiva sistema ventricular de morfología normal. No se aprecia desplazamiento de la línea media ni efecto masa a nivel infra ni supratentorial. No se aprecia alteración de la sustancia blanca ni signos de hemorragia intracraneal.

Dada la normalidad de todas las pruebas realizadas y la repetición del cuadro, se contacta con neurólogo de guardia, el cual realiza una anamnesis más detallada a la paciente y a sus padres, por separado, en la cual descubre que los episodios empezaron a ocurrir coincidiendo con el cambio de domicilio de la chica de Alemania a España, y de vivir con su padre a vivir con su Madre y su actual pareja y hermanastros, hecho que la chica no lo acepta...

El término **simulación** puede referirse a actitudes de encubrimiento, exageración de síntomas, fingimiento o engaño, aunque también puede ser la invención consciente de un trastorno mental o físico para conseguir alguna ventaja personal que puede ser de tipo económico, exención de deberes u obligaciones e incluso llamadas de atención.

Así, el malestar que el simulador presenta puede ser de tipo físico como apraxias, algias, distonías u otros tipos de afecciones internas; o de tipo psíquico como depresión que no cede con ninguna medida habitual; ansiedad permanente; pánico; agorafobia; trastorno adaptativo... además de aquellos simuladores con problemas mixtos, que suelen ser la mayoría.

No es fácil desmontar al simulador, pues a medida que pasa el tiempo, este refuerza su posición, teniendo la capacidad de presentar falsos positivos y en convertirse en pacientes crónicos. Por ello, la detección y manejo de estos pacientes es difícil y ha sido muy estudiada y analizada en distintos ámbitos de la medicina y salud mental. Desde que se ha incluido como problema de atención clínica (1980-DSM y 1992-CIE) se han desarrollado diversos instrumentos, estrategias, procedimientos y protocolos de actuación para intentar detectar este tipo de pacientes.

En un estudio realizado en Holanda se detectó que aproximadamente el 42% de los paciente que acuden a consulta lo hacen buscando algún otro beneficio más allá de la mejoría clínica... Sin embargo, los profesionales en la mayor parte de los casos no eran conscientes de ello.

La simulación, exageración o perpetuación de los síntomas está presente de forma muy relevante en la práctica clínica y forense afectando de forma importante al tratamiento, pronóstico y evolución de los casos. Por ello, la correcta detección de esta situación supone una buena gestión del tiempo y recursos profesionales disponibles.

La entrevista clínica y psiquiátrica es el primer y, en general, el mejor instrumento para lograr una aproximación a la problemática del individuo, seas esta de la ídolo que sea, obteniendo información y así poder ayudarlo de la mejor manera posible.

En la entrevista es necesario cierto grado de suspicacia, no siendo detector de mentiras, sin embargo existen señales que permiten sospechar el engaño...

Signos para detección de simulación

1. Retención de información y falta de cooperación - memoria con lagunas, es cauteloso al dar información ya que cree que cuanto menos información tenga el examinador será mejor. Actitud antagónica. Piensan las respuestas. Respuestas evasivas.
2. Exageración.
3. Llamadas de atención sobre la enfermedad e incluso aspecto físico.
4. Actitudes psicóticas, amnesias, delirios...
5. Ausencia de alteración afectiva asociada con la supuesta enfermedad que padece.
6. Incoherencia entre las pruebas diagnósticas y la funcionalidad de la vida cotidiana del paciente.
7. Alteraciones en lenguaje no verbal - tono e intensidad de voz varían ante la mentira, velocidad de frases es lenta evasiva, tarda en responder ya que precisa pensar las respuestas con pausas y errores en el discurso con cambios en las expresiones faciales. La mirada del simulador suele ser desconfiada (hay que tener mucho cuidado con las diferencias culturales a la hora de evaluar este punto). Las palmas de las manos no se encuentran visibles ni hacia arriba; los dedos, en general, están doblados hacia las manos. Piernas dobladas o cruzadas.
8. Suelen actuar de manera normal cuando no se dan cuenta que están siendo observados.
9. Sobreactuar al simular síntomas físicos y solo simula los síntomas más conocidos de la enfermedad... Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros, suelen ser quejas inconexas, inconsistentes.
10. Cuando se intenta desenmascarar a un paciente simulador inmediatamente este empeora, demanda mayor ayuda profesional... De ningún modo el paciente está dispuesto a perder su condición de enfermo.
11. Adicionalmente puede acompañarse de manifestaciones fisiológicas como sequedad de boca, carraspera, sudación, cambios en ritmo respiratorio, llanto, midriasis.

¿Cuándo se debe sospechar simulación?

- En contexto médico-legal.
- Cuando exista discrepancia entre el estrés o la alteración explicado por el paciente y los datos objetivos de la exploración.
- Cuando el paciente no coopere debidamente.
- Casos de incumplimiento de tratamiento.
- En trastornos antisocial de personalidad (poco específico y escasamente útil)...

Existen diversos procedimientos psicométricos de valoración de la simulación, siendo algunos de los más usados:

- Test Retención Visual Benton - simulador comete más fallos de distorsión que los pacientes con lesiones cerebrales pero nos más errores de omisión.
- MMPI - simuladores obtienen peores resultados que los paciente con lesiones
- Malingering Scale - escala de simulación de deficiencia mental.
- SIMS (Structured Inventory of Mallingered Symptomatology) - detecta posible simulación de inteligencia, afectividad, daño neurológico, amnesia.

- SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms) - desenmascarar simuladores o exageradores de trastornos mentales...

No hay que decir que una puntuación aislada en un test no puede determinar por si misma a un simulador, será la convergencia de todos los datos disponibles y procedentes de distintas fuentes de información el que al final hará determinar la existencia de la simulación.

Por ello sería importante poder desarrollar protocolos de actuación en contextos donde se sospecha simulación a fin de detectar más fiablemente a aquellos paciente verdaderamente simuladores (positivos) diferenciándolos de aquellos que están enfermos (negativos) a fin de reducir la tasa de falsos positivos (pacientes enfermos que son tratados como simuladores) y falsos negativos (paciente simuladores que son tratados como enfermos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Chica Urzola HL, Escobar Córdoba F, Folino JO. La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. Rev. Colomb Psiquiat. 2005;1(34).
2. Rodríguez Sanz J, Kurt Luna C. Sospechar que un paciente está simulando. 2012. <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/sospechar-que-paciente-esta-simulando>
3. González Ordi H, Santamaría Fernandez P, Castilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. TEA Ediciones. 2012.