

SIMULACIÓN EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Reyes P, Carrasco S, Rodríguez A, Muñoz E, Morales E, Arrocha M.



INTRODUCCIÓN

La simulación o “malingering” es la invención deliberada de síntomas con un objetivo identificable. Varios autores han señalado la infra-estimación de la misma en las urgencias psiquiátricas.

Investigadores de la revista Jama Network, pasaron un formulario 2 poblaciones estadounidenses de 2011 y 2449 sujetos respectivamente con el fin de conocer cuántos de ellos habían mentido u ocultado información a su médico de cabecera. El 81% y 61% respectivamente reconoció haber mentido. La causa más frecuentes fue miedo a ser juzgado. Sin embargo, un elevado porcentaje reconoció haber mentido para obtener una ganancia, en general una incapacidad temporal.

Los investigadores del “American Board of Clinical Neuropsychology” llevaron a cabo un estudio transversal con un número muestral mayor a 30.000 individuos en el que encontraron que el 39% de los casos de daños personales, el 30% de los estudios de discapacidad, el 19% de los penales y el 8% de los casos médicos cumplían criterios que sugerían muy probable simulación.

Otro estudio recogió específicamente los datos la atención de pacientes en Urgencias por el Servicio de Psiquiatría y se concluyó que la sospecha de simulación era cercana a un tercio del total de pacientes, presentando el 20% certeza o sospecha muy alta. Más del 50% de ellas se relacionó con ideación autolítica.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un paciente varón de 35 años sin antecedentes psiquiátricos que se valora en el Servicio de Urgencias por supuesta tentativa autolítica.

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Varón de 25 que acude al Servicio de Urgencias derivado por el 112 tras haber realizado el gesto de precipitarse de un puente bajo el cual circulaban vehículos. Refiere ruptura sentimental reciente de una relación de 7 años de duración, fruto de la cual tienen 3 hijos pequeños, cuya madre se habría llevado a otra isla recientemente, inscribiéndolos en otro sistema educativo. En dicho contexto el paciente habría presentado sintomatología ansiosa, disminución del ánimo, alteración del patrón sueño vigilia y somatizaciones desde hace 2 meses según argumenta. Según refiere, en la tarde de ayer salió a pasear con un conocido y comenzaron a hablar sobre el tema de su pareja e hijos. En contexto de desbordamiento por la situación, de forma impulsiva, sin que hubiese planificación previa, se le ocurrió precipitarse del puente por el que paseaban, tendiendo su acompañante que sostenerlo, llamando posteriormente al 112.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientado. Al principio de la entrevista colaborador. Normoproséxico. Presencia de cogniciones depresivas. Sentimientos de culpa en relación al fracaso sentimental. Importante apatía y clinofilia por la que ha precisado baja laboral de meses de duración. Anhedonia. Se aprecian rasgos de impulsividad (comenta que ha roto su televisión y algún otro objeto en algún episodio de ira en estos últimos días). Discurso coherente, espontáneo, hipófono, enlentecido, con aumento de latencia en las respuestas. No se aprecia sintomatología psicótica. Patrón de sueño-vigilia retrasado con tendencia a la hipersomnia. Hiporexia. Realiza crítica del intento autolítico probablemente supeditada al alta hospitalaria.

Dada la impulsividad y la gravedad del intento, la presencia de sintomatología depresiva de 2 meses de evolución, el nulo apoyo socio-familiar y la situación de la soledad en la que asegura vivir, se plantea la posibilidad de ingreso voluntario. El paciente se niega a permanecer en el hospital. Solicita el alta asegurando resolución brusca de la sintomatología y solicitando informe clínico. No podemos contactar con ningún familiar o allegado que pueda ejercer como apoyo del paciente ni que asegurar el cumplimiento terapéutico. **Se decide ingreso involuntario ante la sospecha de un riesgo autolítico importante.** El paciente se niega a colaborar en el ingreso.

Requiere de acompañamiento de seguridad para llegar a la zona de observación y una vez allí no colabora para ponerse el pijama hospitalario ni permite que se le retiren posibles objetos peligrosos no permitidos en dicha área, tornándose agresivo y desafiante. Se cursa ingreso involuntario, notificando al juzgado de guardia y se pauta tratamiento psicofarmacológico.

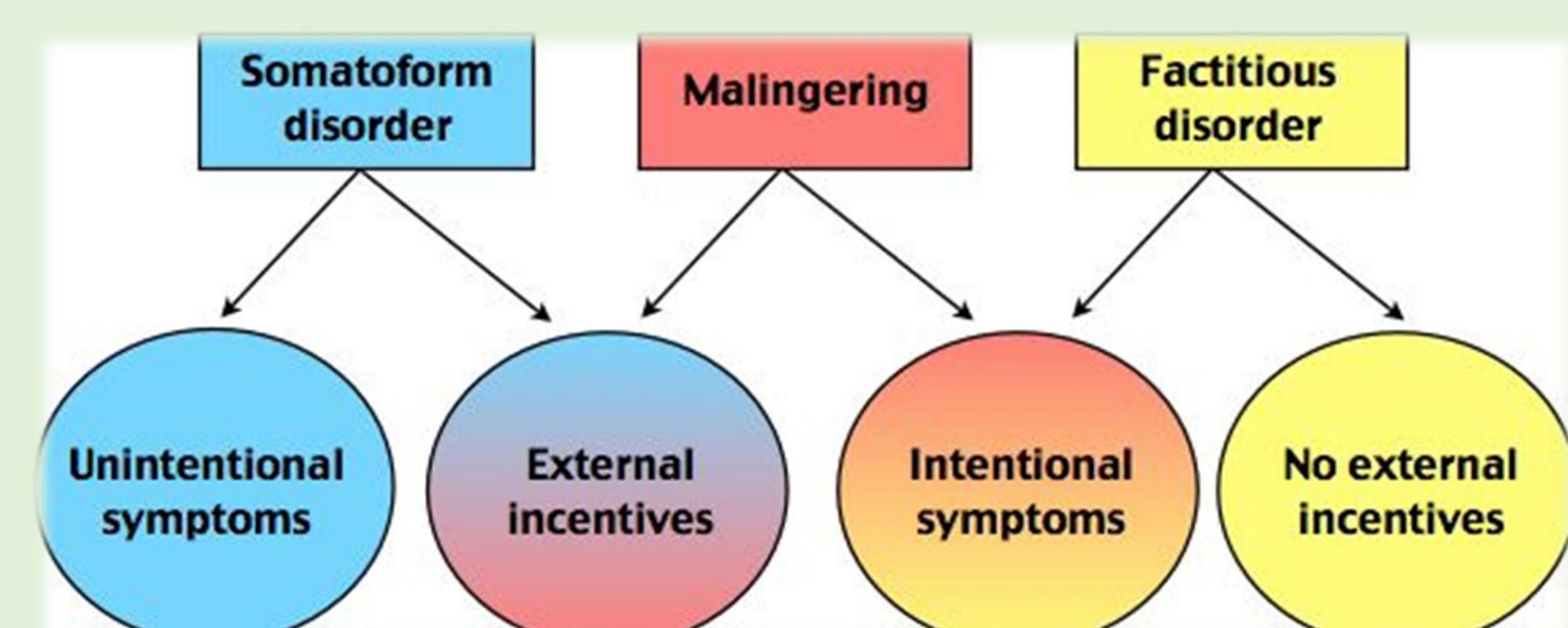
Hallazgos

A última hora de la mañana siguiente, el paciente demanda nueva entrevista donde nos confiesa que todo el episodio actual ha sido una **simulación**, consensuada al menos con su amigo, **con el objetivo de prolongar la baja médica**. Explica que el día de los hechos acudió a una consulta con la Psicóloga de la mutua y ante la percepción del alta decidió propiciar un motivo clínico para prolongarla. Refiere que se sentó en el puente con su amigo a la espera de que llegara la ambulancia. Sabía de antemano que su mujer regresaba al domicilio tras haber pasado una semana de vacaciones con sus hijos. Verbaliza que la relación con su mujer va bien. Se contacta con su mujer quien refiere desconocer que el paciente quería alargar la baja. Acude la hermana quien refiere no haber objetivado clínica depresiva en él ni escuchado verbalizar ideas de muerte. Se constata la veracidad de lo relatado por el paciente (simulación del gesto) a través de mensajes de WhatsApp que mantiene con su amigo, quien era conocedor y cómplice de lo sucedido. Manifiesta que ha confesado por miedo a ingresar en psiquiatría y a recibir tratamiento que no necesita.

Plan: Alta hospitalaria. Se notifica lo sucedido al juzgado de guardia

DISCUSIÓN

Varios estudios observacionales han estimado la simulación en un 30% de consultas. Las enfermedades crónicas con dolor incapacitante y los síndromes ansioso-depresivos han sido postuladas como las más fingidas debido a la escasez de pruebas complementarias. Se debe sospechar malingering ante ganancias potenciales identificables. Varios autores recomiendan una entrevista abierta inicialmente, con confrontaciones al finalizarla. La obtención de “colateral data” y los test psicométricos serían cruciales para una evaluación completa. Es crucial el diagnóstico diferencial entre otras entidades similares como trastorno somatomorfo o trastorno facticio, por sus diferentes implicaciones clínicas y legales.



CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios infra-consideramos la simulación en la práctica clínica. Debe considerarse en nuestro diagnóstico diferencial habitual.

REFERENCIAS

- 1.-Kanaan RA, Wessely SC (2010) The origins of factitious disorder. *History of the Human Sciences*, 23: 68–85
- 2.- Levy, A. G., Scherer, A. M., Zikmund-Fisher, B. J., Larkin, K., Barnes, G. D., & Fagerlin, A. (2018). Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians. *JAMA network open*, 1(7), e185293-e185293.
- 3.- Lobera, I. J. (2018). Análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal (Baja Laboral). *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 15-39.
- 4.- McCarthy-Jones S, Resnick PJ (2014) Listening to voices: the use of phenomenology to differentiate malingering from genuine auditory verbal hallucinations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37: 183–9.
- 5.-Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, et al (2002) Base rates of malingering and symptom exaggeration. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24: 1094–102.
- 6.- Rix KJB, Tracy DK (2017) Malingering mental disorders: medicolegal reporting. *BJPsych Advances*, in press.
- 7.-Santamaría, P., Capilla Ramírez, P., & González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151.
- 8.-Tracy DK (2014) Evaluating malingering in cognitive and memory examinations: a guide for clinicians. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20: 405–12.