



Clínica y Salud

www.elsevier.es/clysa



Trastorno de síntomas somáticos: de la sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual

María Isabel Casado Morales* y Sara Laguna-Bonilla

Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2017
Aceptado el 9 de mayo de 2017
On-line el xxx

Palabras clave:

Dolor crónico
Simulación
Lumbalgia
Tratamiento cognitivo-conductual

Keywords:

Chronic pain
Malingering
Low back pain
Cognitive behavioral therapy

R E S U M E N

Se considera dolor crónico a aquel que persiste por más de tres meses destacando en patologías como lumbalgia, migraña, fibromialgia o artrosis, entre otras. En su génesis, desarrollo y mantenimiento están implicados factores psicológicos como una gran frecuencia e intensidad de emociones negativas, un estilo desadaptativo de afrontamiento, un patrón atencional desajustado y una respuesta excesiva de preocupación. El tratamiento del dolor se complica cuando al profesional sanitario le asalta la duda de una posible simulación o intento deliberado de engañar sobre la enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el objetivo de conseguir un beneficio. Se describe el caso de un paciente tratado de dolor crónico en una unidad de dolor, del que se sospecha simulación para obtener una prestación económica por incapacidad permanente. Tras la evaluación, se descarta un proceso de simulación y se comienza un tratamiento cognitivo-conductual. Se describe la evaluación que permite descartar la sospecha de simulación, el tratamiento cognitivo-conductual con la elección de técnicas avaladas científicamente para el tratamiento del dolor crónico y los resultados obtenidos.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Somatic symptom disorder: From suspicion of malingering to cognitive-behavioral treatment

A B S T R A C T

Chronic pain is considered one that persists for more than three months. The treatment of pain is complicated even more when the health professional has a second thought about a possible malingering. This is a deliberate attempt to simulate a disease or disability, exaggerating the symptomatology, with the aim of obtaining a benefit, which is usually of an economic type. This paper depicts the case of a patient treated for chronic pain in a pain unit, which is suspected of obtaining an economic benefit due to permanent disability. After the evaluation, a malingering process is ruled out and a cognitive-behavioral treatment is started. We describe the evaluation that allows to rule out the suspicion of malingering, the cognitive-behavioral treatment with the choice of scientifically endorsed techniques for the treatment of chronic pain, and the results obtained.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Se considera *dolor crónico* a aquel que persiste por más de tres meses (Pedrajas y Molino, 2008). La etiqueta de dolor crónico suele contener patologías como lumbalgia, migrañas, fibromialgia y

artrosis, en cuyo desarrollo, mantenimiento, cronificación, etc. hay factores psicológicos implicados. Algunos de los factores psicológicos que se encuentran con más frecuencia en estos pacientes son la gran frecuencia e intensidad de emociones negativas (ansiedad, depresión/tristeza e ira), un estilo desadaptativo de afrontamiento, un patrón atencional desajustado y una respuesta excesiva de preocupación (Laguna y Magán, 2015; Moix y Casado, 2010; Redondo, León, Pérez-Nieto, Jóver y Abásolo, 2008; Uhden-Layron y Cano-García, 2016).

* Autor para correspondencia. Departamento Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 20223 Madrid.
Correo electrónico: micasado@psi.ucm.es (M.I. Casado Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.004>

1130-5274/© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las cifras de prevalencia indican que en Europa el dolor crónico afecta al 19% de la población (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006; Häuser et al., 2014). En España este porcentaje se sitúa en torno al 17% (Dueñas et al., 2015; Langley, Ruiz-Iban, Molina, de Andrés y Castellón, 2011). Centrándonos en la lumbalgia, objeto de este trabajo, los estudios indican que el 70-80% de la población general en algún momento de su vida sufrirá dolor lumbar (Casado, Moix y Vidal, 2008; García-Delgado, Valdés, Martínez-Torres y Pedroso, 2014).

Actualmente el dolor crónico se aborda, en la mayor parte de los casos, en atención primaria, aunque cada vez más se están implementando unidades de dolor, siendo motivo de consulta en diferentes especialidades y disciplinas. Normalmente el proceso del paciente, hasta que recibe el diagnóstico y el tratamiento adecuado, es tortuoso y costoso, tanto por las repercusiones personales como en el entorno socio-sanitario, produciendo un gasto económico importante debido a los costes directos producidos en el sistema sanitario y a los indirectos, relacionados con el entorno laboral (Phillips, 2006).

Pero el campo del tratamiento del dolor se complica extraordinariamente cuando al profesional sanitario le asalta la duda de una posible simulación. Se entiende por simulación el intento deliberado de engañar o mentir sobre una enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el objetivo de conseguir un beneficio, que suele ser de tipo económico o implica exención de obligaciones (Kropp y Rogers, 1993).

Se incluye por primera vez como entidad clínica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales editado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980. En la actualidad el DSM-5 incluye la simulación V65.2 (Z76.5) en la sección "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", insistiendo en que, definida como la presentación intencional de síntomas para obtener un beneficio personal, no es un trastorno mental (Asociación Americana de Psiquiatría - APA, 2013).

Es difícil determinar con exactitud la incidencia de la simulación en general, por lo que lo más factible es diferenciar en función del contexto en que se produce o de la patología o el campo de estudio que interese. En el caso del dolor crónico, campo que nos ocupa en el presente artículo, Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002) realizaron un estudio en el que señalaron una tasa de incidencia de la simulación de un 31.4%. En población española, Capilla, González-Ordi y Santamaría (2009) realizaron un estudio similar al propuesto por Mittenberg et al. (2002), en el que la incidencia de simulación en patologías como la lumbalgia crónica alcanzaba el 45%.

Ante estas cifras de incidencia se hace indispensable que ante sospecha de simulación se proceda a realizar una evaluación exhaustiva, ya que, si bien los pacientes simuladores no se beneficiarían de la terapia, el problema mayor sería no llevar a cabo un tratamiento en un paciente del que se sospecha simulación sin comprobarlo objetivamente.

En el presente artículo se describe el caso de un paciente tratado por dolor crónico en una unidad de dolor, del que se sospecha simulación para obtener una prestación económica por incapacidad permanente.

Método

Identificación del paciente y motivo de consulta

El paciente es un varón de 28 años, de nivel socio/cultural medio-bajo, en situación de desempleo. Vive con su pareja, con la que mantiene una relación estable desde hace ocho años. Recibe tratamiento en una unidad de dolor hospitalaria y es remitido para evaluación psicológica por sospecha de simulación de síntomas, ya que la clínica y hallazgos encontrados en la exploración no

coinciden con las pruebas de imagen realizadas. En el momento de la primera consulta se encuentra a la espera de resolución sobre la petición de incapacidad permanente.

Historia del problema

El paciente refiere que el primer episodio de dolor apareció a los 7 años de edad mientras practicaba artes marciales. Afirma que cuando comenzó el problema fue atendido por traumatólogos en repetidas ocasiones, pero refiere falta de información sobre lo que le ocurría y no cree haber recibido ayuda, por lo que ha desarrollado una cierta actitud de desconfianza hacia la figura del médico. Dicha información es corroborada por la madre del paciente.

Actualmente refiere dolor en zona lumbar, que tras 30-40 minutos de marcha irradia al miembro inferior izquierdo, con aparición de calambres y quemazón, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. Camina ayudado de bastón.

Respecto al plano biológico, el informe médico destaca la existencia de dos hernias discales que no son de consideración para cirugía y que no parecen congruentes con los síntomas y el nivel de discapacidad descritos por el paciente.

Evaluación

Para la evaluación de la posible simulación se utilizó, por un lado, el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) (González-Ordi y Santamaría, 2009) y, por otro lado, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF) (Ben-Porath, Santamaría y Tellegen, 2009).

El SIMS es un instrumento de evaluación mediante autoinforme que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Consta de cinco escalas específicas-psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos-permitiendo obtener, además de una puntuación total de simulación general, un perfil sobre la simulación de trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos.

Los resultados en el SIMS descartan la sospecha de simulación. En todas las escalas se obtienen puntuaciones inferiores a la marcada por los autores para la sospecha de simulación. En el total de la escala obtiene una puntuación de 8, siendo la puntuación requerida para indicar sospecha de simulación > 16 (ver tabla 1).

En cuanto al MMPI-2-RF, destacar que a partir de sus escalas de validez-dos escalas que exploran inconsistencia en la respuesta al contenido de los ítems (VRIN-r y INTR-r), cuatro escalas creadas para la detección de patrones de exageración de síntomas (F-r, Fp-r, Fs y FBS-r) y dos escalas para la detección de patrones de minimización de síntomas (L-r y K-r)-aporta información relevante para la determinación de simulación.

En todas las escalas referidas del MMPI-2-RF, las puntuaciones obtenidas se encuentran dentro de la media poblacional (ver tabla 2).

Por tanto, los resultados de ambas pruebas descartan un intento de simulación de síntomas por parte del paciente, indicando así que, si bien dichos síntomas pudieran no ser consistentes con el

Tabla 1
Resultados en el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS

Test y Escala SIMS	PD
Psicosis - Ps	0
Det. neuro. - Dn	2
Trast. amnésicos - Am	1
Baja inteligencia - Bi	1
Trast. afectivos - Ta	4
Total	8

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7263219>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7263219>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)