

MÓDULO IV

Evaluación de la psicosis

Cuestionarios y escalas

Para la evaluación de la psicosis, existen varias herramientas estandarizadas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y en investigaciones. Estas permiten realizar un diagnóstico preciso y un seguimiento detallado de los síntomas psicóticos, así como evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, cada una tiene sus propias limitaciones también. Antes de describirlas, te presentamos un caso clínico, a partir del cual se utilizaron tres de las herramientas que se mostrarán luego. Una vez terminado el subapartado, vuelve aquí ¿Cuáles elegirías?

S. D., un hombre de 28 años, es traído a la consulta por sus padres debido a comportamientos extraños que han notado durante el último año. S. D. solía ser un estudiante universitario brillante y muy sociable, cursando su último año de ingeniería informática. Sin embargo, últimamente ha mostrado un marcado deterioro en su rendimiento académico y social. Sus padres informan que ha estado escuchando voces que nadie más puede oír y ha desarrollado una fuerte convicción de que sus compañeros de clase y algunos profesores están conspirando contra él para sabotear sus estudios y su futura carrera profesional.

Durante la entrevista inicial, S. D. admite que ha tenido dificultades para concentrarse en sus estudios y ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba, como el fútbol, los videojuegos y salir con amigos. También menciona que se siente constantemente vigilado y que las voces le dan instrucciones que a veces son perturbadoras y amenazantes. Relata episodios donde las voces le ordenan que no confíe en nadie y que evite a ciertas personas. Sus padres añaden que ha pasado largas horas encerrado en su habitación y ha tenido episodios de risas inapropiadas o sin motivo aparente, así como momentos de llanto súbito.

Además, ha tenido problemas para dormir, despertándose frecuentemente a mitad de la noche debido a pesadillas y a las voces que no lo dejan descansar. Ha perdido alrededor de 10 kg en los últimos seis meses debido a la falta de apetito y una reducción significativa en su consumo de alimentos. Durante la evaluación, se observa que su afecto es plano y su discurso es desorganizado, con frecuentes saltos de un tema a otro sin conexión aparente. Su higiene personal también ha decaído, ya que a menudo se presenta con ropa sucia y descuidada, algo que contrasta con su aspecto meticuloso previo a la aparición de los síntomas.

Los antecedentes médicos de S. D. incluyen episodios de ansiedad durante la adolescencia, tratados con terapia cognitivo-conductual, y un episodio de depresión moderada hace tres años tras la muerte de un familiar cercano, el cual fue tratado exitosamente con un antidepresivo ISRS. No hay antecedentes familiares de trastornos psicóticos, pero su abuelo paterno tenía un historial de trastorno bipolar. S. D. niega el uso de sustancias psicoactivas, aunque admite haber consumido alcohol ocasionalmente en eventos sociales.

La **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)** es una herramienta que evalúa la gravedad de los síntomas psiquiátricos, incluidos aquellos asociados con la psicosis. La BPRS incluye ítems que miden alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado, entre otros. Es especialmente útil en entornos clínicos para monitorear el progreso del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario. Sin embargo, su principal limitación es la subjetividad en la evaluación y la necesidad de una capacitación adecuada del evaluador para asegurar la consistencia y precisión en las puntuaciones.

La **Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-V (Structured Clinical Interview for DSM-V, SCID-V)** es una entrevista estructurada que ayuda a diagnosticar trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM-V. Incluye módulos específicos para evaluar síntomas psicóticos, permitiendo un diagnóstico detallado y estructurado. Esta herramienta es utilizada por profesionales de la salud mental para garantizar que los diagnósticos se basen en criterios estandarizados y para identificar comorbilidades que puedan influir en el tratamiento y el pronóstico del paciente. Sin embargo, su uso puede ser limitado por el tiempo necesario para administrarla y la necesidad de capacitación especializada para realizar la entrevista de manera efectiva.

La **Escala de Síndromes Positivos y Negativos (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)** mide la gravedad de los síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como afecto plano y anhedonia) de la esquizofrenia. Consta de 30 ítems divididos en tres subescalas: síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general. La PANSS es ampliamente utilizada en investigaciones y en la práctica clínica para evaluar la efectividad del tratamiento y para monitorear la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. Sin embargo, su complejidad y la necesidad de una formación adecuada para su aplicación pueden limitar su uso en algunos entornos clínicos.

El **Cuestionario de Experiencias Psicóticas (Psychotic Experiences Questionnaire, PQ-16)** es una herramienta de cribado diseñada para identificar síntomas psicóticos en poblaciones generales. Incluye preguntas sobre experiencias alucinatorias y delirantes, permitiendo la identificación temprana de síntomas psicóticos. Esta herramienta es útil en estudios epidemiológicos y en la detección precoz de síntomas psicóticos, lo que facilita la intervención temprana y puede mejorar el pronóstico a largo plazo. No obstante, su limitación principal es que solo es una herramienta de cribado y no proporciona un diagnóstico definitivo, lo que requiere evaluaciones adicionales para confirmar la presencia de psicosis.

La **Escala de Evaluación de la Actividad Global (Global Assessment of Functioning, GAF)** evalúa el funcionamiento psicológico, social y ocupacional general del paciente. Asigna una puntuación de 0 a 100, con puntuaciones más bajas que indican un mayor deterioro. La GAF es utilizada para evaluar el impacto global de los síntomas psicóticos en la vida diaria del paciente y

para medir el grado de funcionalidad y recuperación a lo largo del tiempo. Una de sus limitaciones es la subjetividad en la asignación de las puntuaciones y la posible falta de sensibilidad para detectar cambios sutiles en el funcionamiento del paciente.

El **Inventario de Experiencias Psicóticas (*Inventory of Psychotic Experiences, IPE*)** es un inventario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de experiencias psicóticas. Incluye ítems que cubren una amplia gama de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios. Este inventario es utilizado en investigaciones y en entornos clínicos para evaluar síntomas psicóticos en adultos jóvenes y adultos. Sin embargo, una limitación es que, al ser autoadministrado, depende de la honestidad y la capacidad del paciente para autorreportar sus experiencias, lo que puede introducir sesgos o inexactitudes en los resultados.

La **Escala de Evaluación de la Funcionalidad en la Esquizofrenia (*Social Functioning Scale, SFS*)** evalúa la funcionalidad en varias áreas de la vida de los pacientes con esquizofrenia. Incluye áreas como la ocupación, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas. Esta escala es utilizada para medir la recuperación funcional y la efectividad de las intervenciones en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, su limitación radica en la necesidad de una evaluación detallada y extensa, lo que puede ser difícil de implementar en entornos con recursos limitados o con pacientes que tienen dificultades para participar en evaluaciones largas.

¿Para qué sirve la evaluación neuropsicológica en psicosis?

El paciente, varón de 28 años, fue remitido para una evaluación neuropsicológica tras presentar comportamientos extraños y episodios de delirios persecutorios. Durante la evaluación clínica inicial, se observó que tenía dificultades para distinguir entre la realidad y las alucinaciones auditivas que describía como voces masculinas constantes que le daban órdenes. La anamnesis reveló un historial familiar de esquizofrenia y episodios previos de hospitalización por síntomas similares. En la evaluación neuropsicológica, se administraron pruebas como la Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (SIRS), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) y la Evaluación Forense de Síntomas de Miller (M-Fast). Los resultados mostraron un patrón consistente de respuestas que coincidían con los síntomas genuinos de la psicosis: el SIRS indicó una baja probabilidad de simulación, el MMPI-2 reveló perfiles de pensamiento desorganizado y paranoia, y el M-Fast no detectó signos de exageración de síntomas. Adicionalmente, se realizaron pruebas de memoria y función ejecutiva que indicaron deterioro cognitivo, común en psicosis esquizofrénica, con dificultades en la planificación y el mantenimiento de la atención.

Como puedes apreciar, la combinación de la evaluación neuropsicológica y el historial clínico permitió un diagnóstico claro de esquizofrenia paranoide, lo que fue crucial para desarrollar un plan de tratamiento adecuado que incluía medicación antipsicótica y terapia cognitivo-conductual intensiva.

Antes de nada... La neuropsicología es una disciplina interdisciplinaria que combina conocimientos de psicología y neurología para estudiar cómo el cerebro y el sistema nervioso influyen en los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales. Los neuropsicólogos investigan la relación entre las estructuras y funciones cerebrales y las conductas humanas, utilizando este conocimiento para evaluar, diagnosticar y tratar trastornos neuropsicológicos. Mediante evaluaciones neuropsicológicas, que emplean baterías de pruebas estandarizadas, los profesionales identifican déficits y habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en individuos con daños cerebrales, trastornos neurológicos o enfermedades neurodegenerativas.

Estas evaluaciones, junto con técnicas de neuroimagen (de ser necesarias), ayudan a diagnosticar condiciones como demencias, lesiones cerebrales traumáticas, accidentes cerebrovasculares, epilepsia, esclerosis múltiple y trastornos del desarrollo neurológico. Además, los neuropsicólogos desarrollan e implementan estrategias terapéuticas personalizadas para la rehabilitación cognitiva, la terapia conductual y el entrenamiento en habilidades compensatorias, con el objetivo de ayudar a los pacientes a recuperar o compensar funciones perdidas y mejorar su calidad de vida. La neuropsicología también juega un papel crucial en la investigación, ampliando el conocimiento sobre la relación entre el cerebro y el comportamiento y desarrollando nuevas teorías y modelos sobre el funcionamiento neurocognitivo y emocional. Sus aplicaciones abarcan la medicina, la psicología clínica, la educación y la investigación académica, contribuyendo a diagnósticos precisos, intervenciones tempranas, rehabilitación efectiva y avances científicos sobre el cerebro y el comportamiento humano.

Partes generales

- **Identificación de déficits cognitivos específicos:** Ayuda a detectar problemas cognitivos que pueden estar asociados con la psicosis, como dificultades de atención, memoria o funciones ejecutivas. Proporciona una comprensión detallada de cómo la psicosis y otros síntomas afectan el funcionamiento cognitivo diario.
- **Planificación del tratamiento:** Permite diseñar intervenciones terapéuticas más personalizadas. Por ejemplo, si se identifican problemas específicos de memoria o atención, se pueden incluir técnicas de rehabilitación cognitiva en el plan de tratamiento. Ayuda a establecer metas terapéuticas realistas basadas en las fortalezas y debilidades cognitivas de la persona.

- **Monitoreo del progreso:** Facilita el seguimiento del progreso a lo largo del tiempo, evaluando si las intervenciones están mejorando los síntomas cognitivos y emocionales. Permite ajustes en el tratamiento basados en cambios en el rendimiento cognitivo.

Evaluación neuropsicológica en la psicosis

La evaluación neuropsicológica en la **psicosis** sirve para identificar y comprender las dificultades cognitivas y emocionales que pueden estar presentes en individuos con trastornos psicóticos. Esta evaluación ayuda a diseñar planes de tratamiento personalizados, monitorear la progresión de la enfermedad y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas:

- **Evaluación del estado cognitivo global:**

Proporciona una visión general del funcionamiento cognitivo de la persona, identificando déficits en áreas como la memoria, la atención, el lenguaje, las habilidades visuoespaciales y las funciones ejecutivas.

Ayuda a entender el impacto de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado) en las habilidades cognitivas.

- **Diagnóstico diferencial:**

Contribuye a diferenciar entre diferentes tipos de trastornos psicóticos y otros trastornos mentales con síntomas superpuestos. Por ejemplo, distingue entre esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

Ayuda a identificar la presencia de trastornos neurológicos subyacentes que podrían estar contribuyendo a los síntomas psicóticos.

- **Orientación para el tratamiento y la rehabilitación:**

Proporciona información crucial para diseñar programas de rehabilitación cognitiva y otras intervenciones terapéuticas.

Ayuda a los profesionales de la salud a desarrollar estrategias para manejar los déficits cognitivos específicos, mejorar la funcionalidad diaria y la calidad de vida de la persona.

- **Evaluación del riesgo y pronóstico:**

Contribuye a evaluar el riesgo de deterioro cognitivo progresivo y a establecer un pronóstico a largo plazo.

Ayuda a identificar factores de riesgo para recaídas y a desarrollar planes de manejo para prevenirlas.

Pruebas que pueden utilizarse en psicosis

Igual que en subapartado anteriores, antes de describirlas, te presentamos un caso clínico, a partir del cual se utilizaron dos de las herramientas que se mostrarán luego. Una vez terminado el subapartado, vuelve aquí ¿Cuáles elegirías? Te mostramos la solución al final de este.

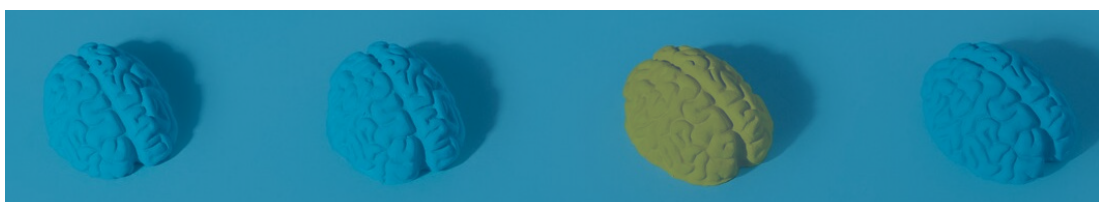
M. L., una mujer de 35 años, es llevada a la consulta de urgencias por su pareja debido a un comportamiento extremadamente errático e inusual que comenzó de manera abrupta hace dos días. M. L. es una profesional de la contabilidad, conocida por su meticulosidad y organización en el trabajo. Sin embargo, en los últimos dos días, ha mostrado signos evidentes de desorganización del pensamiento, alucinaciones y delirios. Su pareja relata que comenzó a hablar sobre "mensajes secretos" que estaba recibiendo a través de la televisión y que aseguraba que alguien la estaba siguiendo.

Durante la entrevista inicial, está visiblemente agitada y desorientada. Habla rápidamente y con una lógica dispersa, saltando de un tema a otro sin conexión aparente. Menciona que ha visto figuras sombrías alrededor de su casa y que las voces en su cabeza le dicen que debe proteger a su familia de un peligro inminente. Su pareja también informa que M. L. ha tenido dificultades para dormir, despertándose repetidamente en la noche y mostrando signos de paranoia severa.

M. L. no tiene antecedentes previos de trastornos psicóticos ni de enfermedades mentales graves. Sin embargo, ha estado bajo un nivel considerable de estrés en el trabajo debido a una auditoría reciente y ha experimentado episodios de ansiedad en el pasado. No ha estado tomando medicamentos y no tiene antecedentes de abuso de sustancias. Su pareja describe a M. L. como una persona generalmente saludable y estable emocionalmente hasta el comienzo de este episodio.

Batería Consensuada de Evaluación Cognitiva en la Esquizofrenia (MATRICS Consensus Cognitive Battery, MCCB, en inglés)

Desarrollada específicamente para evaluar las deficiencias cognitivas en la esquizofrenia. Evalúa varias áreas cognitivas importantes, incluyendo la velocidad de procesamiento, la atención y la memoria de trabajo, la memoria verbal y visual, el razonamiento y la resolución de problemas, y la cognición social. La MCCB es ampliamente utilizada en ensayos clínicos y en la práctica clínica para evaluar la cognición en pacientes con psicosis. Sin embargo, una de sus limitaciones es el tiempo que lleva administrarla y la necesidad de capacitación especializada para su aplicación.



Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (*Wisconsin Card Sorting Test, WCST, en inglés*)

Esta prueba neuropsicológica mide la flexibilidad cognitiva y la capacidad de cambiar de estrategia frente a un cambio de reglas, lo cual es relevante en la evaluación de funciones ejecutivas en la psicosis. Es útil para detectar déficits en el razonamiento abstracto y en la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, comunes en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aunque, nuevamente su aplicación puede ser complicada y requiere una interpretación cuidadosa por parte de un profesional capacitado.

Test de Stroop (*Stroop Test, en inglés*)

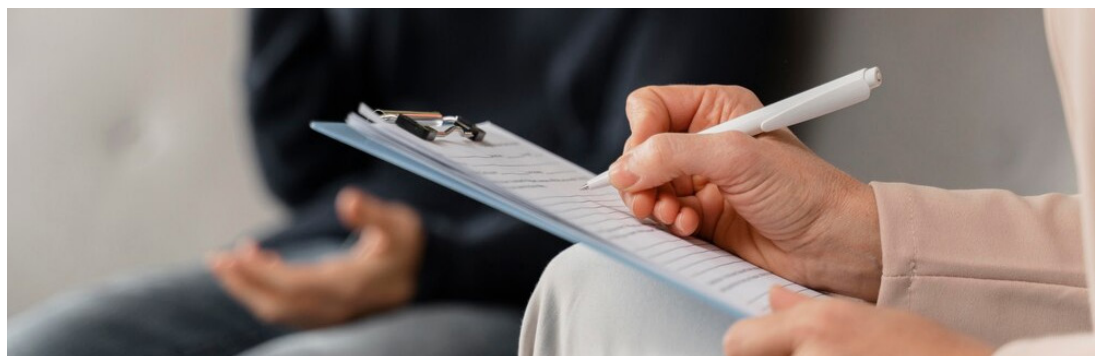
Mide la capacidad de atención selectiva y la inhibición cognitiva, dos áreas que pueden verse afectadas en pacientes con psicosis. Durante la prueba, los individuos deben nombrar el color de la tinta en la que están escritas palabras que describen colores diferentes, lo que requiere la supresión de una respuesta automática en favor de una más controlada. Si bien es relativamente fácil de administrar y proporciona información valiosa sobre la función ejecutiva, puede ser influenciada por factores como la motivación y fatiga del paciente.

Test de Trazado (*Trail Making Test, TMT, en inglés*)

Prueba neuropsicológica que evalúa la atención, la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva. Consta de dos partes: en la primera, el paciente debe conectar números secuencialmente, y en la segunda, debe alternar entre números y letras. Es útil para identificar déficits en la atención y en la capacidad de alternar entre tareas, lo cual es frecuente en la psicosis. Ojo por la posible influencia de la educación y el nivel cultural del paciente en los resultados.

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (*Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS, en inglés*)

Esta batería de pruebas está diseñada para medir la inteligencia en adultos. Incluye subtest que evalúan la memoria de trabajo, la comprensión verbal, el razonamiento perceptual y la velocidad de procesamiento. Es útil para obtener una visión general del funcionamiento cognitivo del paciente y para detectar áreas específicas de déficit que pueden estar asociadas con la psicosis. La administración completa del WAIS puede ser extensa y requiere tiempo, lo que puede ser una limitación en ciertos entornos clínicos.



Psicosis simulada en evaluaciones clínicas

J. P. es un hombre de 35 años acusado de robo a mano armada, quien afirmó escuchar voces que le ordenaban cometer delitos, lo que llevó a su abogado a solicitar una evaluación psiquiátrica para determinar su inimputabilidad por posible psicosis. Durante la evaluación, describió voces continuas y claras de personas desconocidas que le daban órdenes y le insultaban, además de ver figuras sombrías que le observaban y amenazaban. Sin embargo, su relato fue vago e inconsistente, y las pruebas aplicadas, como el M-FAST y el SIMS, indicaron una puntuación alta en síntomas extremos, combinaciones extrañas y síntomas inusuales y extravagantes, como alucinaciones olfativas y táctiles. La observación conductual reveló una falta de coherencia en su comportamiento, alternando entre inmovilidad y gestos exagerados sin motivo aparente, lo que sugiere una actuación deliberada. Los resultados sugieren que está simulando síntomas psicóticos para evitar la responsabilidad legal, respaldados por las inconsistencias en su relato, la naturaleza atípica de sus alucinaciones y el comportamiento observado, lo que coincide con las dinámicas típicas de simulación descritas en la literatura. Se recomienda que el tribunal considere estos hallazgos al tomar una decisión sobre la imputabilidad de este en el caso.

Como acabas de leer, puede ser que acuda un caso a consulta con una simulación. Y sí, diferenciar una psicosis simulada de la real puede ser extremadamente difícil debido a la complejidad de los síntomas y la habilidad de algunos individuos para imitarlos de manera convincente. Y es que, los simuladores expertos pueden presentar síntomas de manera muy realista, utilizando conocimientos detallados sobre la enfermedad. Además, la psicosis genuina tiene una variedad de síntomas que fluctúan en intensidad, lo que puede ser difícil de replicar consistentemente por los simuladores. Por lo que la evaluación requiere una combinación de observación clínica, revisión de historial y uso de pruebas específicas.

El por qué una persona puede llegar al consultorio simulando psicosis puede tener varias motivaciones, incluyendo evitar consecuencias legales, obtener beneficios económicos, y eludir responsabilidades. Por ejemplo, una persona acusada de un crimen puede simular psicosis para ser declarada inimputable, evitando así una sentencia de prisión o un juicio y siendo internada en una institución psiquiátrica en lugar de ser encarcelada. Otra motivación común es obtener pensiones por discapacidad, seguros por incapacidad laboral o compensaciones financieras, aprovechándose de los beneficios económicos asociados sin tener una condición médica real. También, algunas personas pueden simular psicosis para evitar responsabilidades personales o laborales, alegando incapacidad mental para justificar su incapacidad para cumplir con ciertas obligaciones o tareas.

El punto débil, es que, generalmente, se tiende a simular síntomas aislados y de corta duración (falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos e hipocondrías), siendo raro simular síndromes psicológicos completos por desconocimiento de detalles o coherencia de la patología. Por ello suele encontrarse como evidencia de la simulación una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas de varias enfermedades y falta de coherencia sintomatológica. Una persona que simula puede adoptar una actitud pasiva y de inhibición comportamental, negándose a realizar cualquier actividad alegando enfermedad y llevando al extremo la pasividad (hasta tornarse 'catatónicos'); por otra parte, simuladores activos manifiestan cualquier tipo de actividad desproporcionada, desordenada e incoherente (gritos, gestos, agresiones, comportamientos ridículos, gesticulaciones extravagantes) con contestaciones absurdas e ilógicas (Jiménez y Sánchez, 2004). Veamos qué podemos hacer ante dichos casos.

1. Observación clínica y entrevista

Observación de sintomatología atípica

Imagina que, durante una entrevista, un paciente describe alucinaciones auditivas que solo ocurren cuando está solo en una habitación silenciosa. Esto es atípico ya que las alucinaciones auditivas en psicosis genuina suelen ser persistentes y no dependen del entorno inmediato.

Por tanto, lo que se debe de hacer es evaluar si los síntomas descritos son inconsistentes con lo que se sabe de las presentaciones típicas de la psicosis. Por ejemplo, las alucinaciones visuales en psicosis genuina son de tamaño normal y no cambian con los ojos cerrados, mientras que las inducidas por drogas son más fáciles de ver con los ojos cerrados.

Análisis de comportamientos

Por otro lado, si un paciente muestra un comportamiento extremadamente desorganizado y gesticulaciones extravagantes que no son coherentes con los patrones observados en trastornos psicóticos genuinos, tendremos que sospechar porque la inconsistencia en la presentación de síntomas como una mezcla de conductas que pertenecen a diferentes trastornos puede ser un indicador. Los simuladores normalmente adoptan comportamientos extremos que consideran que los harán parecer más *enfermos*.

Contraste con síntomas genuinos

Si, por el contrario, un paciente describe alucinaciones auditivas que duran varias horas sin interrupción (teniendo en cuenta que las alucinaciones auditivas genuinas suelen tener variaciones en intensidad y duración), tendrían que compararse los detalles y características de los síntomas reportados con los datos conocidos sobre psicosis genuina. Por ejemplo, alucinaciones auditivas genuinas a menudo involucran voces específicas y comentarios insultantes o despectivos.

2. Uso de pruebas psicológicas

Evaluación Forense de Síntomas de Miller (Miller Forensic Assessment of Symptoms, M-Fast, en inglés)

En la línea de lo anterior, puede acudir una persona que obtiene una puntuación alta en la escala de "Sintomatología extrema", indicando que reporta síntomas mucho más severos de lo que es típico. Para el caso, esta prueba evalúa varios aspectos, incluyendo "Reporte vs. Observado" y "Combinaciones extrañas". Un puntaje alto puede sugerir simulación si los síntomas reportados no coinciden con lo observado durante la evaluación.

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (Structured Inventory of Malingered Symptomatology, SIMS, en inglés)

Otra de las pruebas que pueden ser útiles es el SIMS, que evalúa múltiples áreas, como deterioro neurológico y trastornos amnésicos. Los puntajes altos en varias escalas pueden indicar un intento de exagerar o simular múltiples tipos de síntomas. Por ejemplo, nos puede servir cuando un paciente responde afirmativamente a muchos ítems en la escala de "Psicosis", presentando síntomas extremadamente atípicos y extravagantes.

Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (Structured Interview of Reported Symptoms, SIRS, en inglés)

Finalmente, durante la SIRS, un paciente describe alucinaciones auditivas extremadamente vagas y prolongadas, lo cual es raro en psicosis genuina. Esta entrevista ayuda a diferenciar respuestas honestas de fingidas mediante la evaluación de estrategias de respuesta como "Síntomas improbables" y "Especificidad excesiva". Así, identificar tales patrones puede ser crucial para detectar simulaciones.

3. Revisión de información colateral

Historial clínico y hospitalario

Para esto, si un paciente tiene un historial de breves ingresos hospitalarios por varias razones médicas menores, sin registros de tratamiento psiquiátrico significativo, tendremos que considerar entonces que la revisión del historial clínico puede revelar inconsistencias entre los síntomas reportados y la falta de un historial continuo de tratamiento para un trastorno grave como la psicosis.

Informes de terceros

Por ejemplo, los familiares del paciente informan que los comportamientos descritos por el paciente no han sido observados en casa. Por eso, siempre se ha de obtener información de fuentes cercanas puede proporcionar una perspectiva diferente sobre los síntomas reportados y ayudar a confirmar o refutar las observaciones del paciente.

4. Estrategias adicionales

Análisis de respuestas detalladas

Si nos llega una persona a consulta que, al pedirle detalles sobre sus alucinaciones, describe experiencias vagas y generalizadas, como "escuchar voces todo el tiempo" sin especificar el contenido, tendremos que sospechar. Pues los detalles y la coherencia en las descripciones pueden diferenciar entre síntomas genuinos y simulados. Las alucinaciones genuinas tienden a ser más específicas y detalladas.

Evaluación de motivación

Del mismo modo, si un paciente bajo investigación legal describe síntomas que le permitirían evitar el juicio o la prisión, tenemos que considerar las posibles ganancias secundarias, como evitar consecuencias legales, obtener beneficios financieros o evadir responsabilidades, puede ayudar a identificar motivaciones para simular síntomas.

Consistencia y coherencia

Finalmente, podemos encontrarnos con alguien que describe síntomas que empeoran cuando está solo, pero actúa de manera diferente durante la evaluación. Ahí sería necesario evaluar la consistencia entre lo reportado y lo observado puede revelar discrepancias que sugieren simulación.

5. Consideraciones éticas y profesionales

Cuidado en el diagnóstico

Antes de concluir que un paciente está simulando, se documentan todas las observaciones, resultados de pruebas y se discuten las posibles inconsistencias. Emitir un diagnóstico de simulación requiere una base sólida y documentación exhaustiva debido a las implicaciones negativas que puede tener para el paciente.

Documentación y reporte

Un informe concluye que los resultados de las pruebas no son consistentes con un diagnóstico conocido, indicando la posibilidad de simulación sin acusar directamente al paciente. Los informes deben ser claros, precisos y basados en evidencia, evitando acusaciones directas. Y, por supuesto, Deben describir las inconsistencias y dudas si es necesario.