

Psicosis instrumental: a propósito de dos probables casos.

Apropos of two probable cases of instrumental psychosis.

Patricia Núñez-Moscoso ^{1,2,a}, Milko Di Natale-Guevara ^{1,2,b}, Julio Pomareda-Llanos ^{1,2,b}, Lizardo Cruzado ^{1,2,a}.

RESUMEN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define a la simulación como la representación intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos diversos, aunque reconoce que, en muchos casos, la simulación puede tener cierto valor adaptativo. Estrictamente hablando, la simulación no es un trastorno mental sino un problema que puede ser objeto de atención clínica. Sin embargo, se presume erróneamente que la simulación podría darse solamente en contextos forenses, lo que dificulta su identificación en ámbitos clínicos. La “psicosis instrumental” es una variante de simulación consistente en el fingimiento de síntomas por parte de un individuo con diagnóstico subyacente de una psicosis primaria y que simula sus síntomas en momentos de estabilidad clínica. Se presentan dos casos de personas con diagnóstico primario de esquizofrenia que pueden ser considerados también como aparentes casos de psicosis instrumental. No existen reportes previos de este trastorno en nuestro país, aunque presumiblemente su número no debe ser exiguo. Se revisa también la literatura pertinente a este interesante fenómeno que, más allá de su naturaleza psicopatológica, parece reflejar conductas de una definida índole psicosocial.

PALABRAS CLAVE: Simulación de enfermedad, trastorno facticio, esquizofrenia.

SUMMARY

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) defines malingering as the intentional production of false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms, motivated by external incentives; under some circumstances, malingering may represent a sort of adaptive behavior. In fact, malingering is not a mental disorder but a problem that may require clinical attention. Nevertheless, it is erroneously assumed that malingering could only occur in forensic contexts, therefore difficult to identify in clinical settings. “Instrumental psychosis” is a variant of malingering which consists in the intentional production of symptoms by an individual with a diagnosis of primary psychosis, who feigns his/her symptoms during periods of clinical stability. Two cases of patients with a primary diagnosis of schizophrenia and who qualify as apparent cases of instrumental psychosis, are presented. There are no previous reports of this disorder in our country, although presumably its number may not be small. Relevant literature on this interesting clinical phenomenon is reviewed as, beyond its mere psychopathological content, it seems to reflect behaviors of a definite psychosocial nature.

KEY WORDS: Malingering, factitious disorder, schizophrenia.

¹ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra.

^b Médico residente de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

El fingimiento de enfermedades mentales es tan antiguo como la historia de la humanidad: en la peripecia homérica de Ulises se narra cómo el héroe simuló estar loco para no participar de la guerra de Troya y, por otro lado, en la Biblia se describe cómo el rey David se fingió loco por temor de Achís, rey de Gáht. Galeno fue autor del primer estudio sobre las enfermedades mentales simuladas y Pinel, en su Tratado de la Manía, se ocupó de la manía fingida y el modo de reconocerla (1). Se atribuye a Paolo Zacchias (1584-1659), el padre de la medicina forense, esta frase referida a la locura: “no hay enfermedad más fácilmente fingida, y a la vez, más difícil de detectar” (2).

Posteriormente, en la literatura científica se han identificado y aislado, a partir de la casuística de simulación, aquellos casos correspondientes al denominado trastorno facticio: los primeros reportes que delinean esta patología datan de 1951 y correspondían específicamente al llamado síndrome de Munchausen, es decir, la variante severa del trastorno facticio y que se caracteriza por el deliberado fingimiento de síntomas somáticos (3). La variante de trastorno facticio constituida por únicamente síntomas psíquicos, sin embargo, ha sido bastante más descuidada y postergada en la literatura científica (4).

Aunque el fingimiento consciente y voluntario de síntomas y signos de enfermedad es propio de la simulación y el trastorno facticio, la diferencia entre ambos radica en que, en la simulación, la producción de síntomas se suscita con el fin de lograr una ganancia tangible y externa; mientras que en el trastorno facticio la motivación subyacente es interna, y gratifica -mediante la adopción del rol de enfermo- necesidades psíquicas oscuras y complejas (5). Sin embargo, distinguir en la práctica entre ambos cuadros no siempre es sencillo, pues el médico debe juzgar sobre la voluntariedad y la motivación, aspectos eminentemente subjetivos que guían al individuo solicitante de atención (2). En tal tenor, se ha señalado que si bien estos diagnósticos son fáciles de definir, a su vez son, paradójicamente, difíciles de detectar pues exigen una prolija anamnesis y un profundo conocimiento del individuo que exhibe los síntomas (2,3).

Resnick ha distinguido dos formas en que puede producirse la simulación de una enfermedad mental: la simulación pura y completa, donde no existe ningún

síntoma mental real sino solamente los síntomas simulados, y la simulación parcial: ésta consiste en la exageración consciente de síntomas existentes o la aserción fraudulenta de que síntomas genuinamente sufridos antes, están activos en el momento actual, pese a haberse resuelto (6). En esta línea, en el año 2001 Tyrer presentó una serie de casos de pacientes psicóticos que, habiendo sido diagnosticados previamente de psicosis esquizofrénica o afectiva, se presentaron posteriormente a la consulta fingiendo de manera deliberada síntomas y conductas psicóticas: a estos casos, Tyrer los denominó con el nombre de “psicosis instrumental” (4). La definición exacta de psicosis instrumental enunciada por este autor es: trastorno que se crea deliberadamente con un propósito que no siempre puede ser percibido como ganancia, pero que es independiente de cualquier enfermedad mental concurrente.

Asimismo, Resnick ha detallado las causas por las que un individuo puede emprender la simulación de una enfermedad mental: para evitar el castigo por un acto delictivo, para eludir el servicio militar o ser llevado al frente de batalla; para obtener compensaciones económicas (por ejemplo, indemnizaciones por alegados traumas psíquicos); con el fin de conseguir prescripción de medicamentos de abuso o para ser internado en un hospital psiquiátrico y así poder acceder a alojamiento y alimentación gratuitos (o para ser transferido de la prisión a un hospital psiquiátrico) (6). Tyrer identifica algunas motivaciones similares para la psicosis instrumental (4).

Se ha reputado a la simulación como propia exclusivamente de entornos médico-forenses e imposible de ser encontrada en escenarios clínicos convencionales, lo cual dista de ser verdad (7). Igualmente, se ha admitido como hecho indudable que un individuo psicótico no puede simular trastornos mentales (1); estos, entre otros factores, impiden el debido reconocimiento de los posibles casos de psicosis instrumental que se presentan en la atención clínica en diversas latitudes y también en nuestro entorno. Con la finalidad de contribuir al reconocimiento de este especial fenómeno psicopatológico, presentamos un par de casos a propósito y revisamos la literatura correspondiente.

Caso clínico 1

Varón de 46 años de edad, soltero, con instrucción secundaria incompleta, natural y procedente de Lima. A los diecisiete años de edad fue diagnosticado de

esquizofrenia paranoide y desde entonces ha sido hospitalizado en nueve ocasiones y ha recibido terapia electroconvulsiva en tres de sus internamientos. Tiene además antecedente de consumo de pasta básica de cocaína desde fecha anterior a su primer brote psicótico. Según sus familiares, desde la niñez mostró patrones de conducta díscola, con problemas disciplinarios en la escuela y conducta oposicionista en el hogar, pero no recibió tratamiento para ello.

Entre los 20 y 35 años de edad, sus internamientos psiquiátricos fueron más prolongados, con persistencia de sintomatología psicótica, prominente desorganización de la conducta y agresividad recurrente contra sus familiares, pese a los tratamientos prescritos. En los intervalos asintomáticos efectuaba trabajos eventuales (como vender golosinas o lavar carros) y llegó a tener una pareja con la que procreó una hija, que actualmente tiene 18 años, pero nunca se hizo responsable de ella. Asimismo, en dichos periodos continuaba su consumo de bebidas alcohólicas y pasta básica de cocaína, lo que redundaba en que se involucrase en grescas dentro y fuera de la casa. Finalmente, cansados de su conducta indisciplinada y su agresividad persistente, el paciente fue expulsado del hogar paterno hace aproximadamente siete años.

En este periodo, el paciente ha sobrevivido ejecutando trabajos eventuales y albergándose por cortas temporadas en casa de amigos o parientes, aunque muchas veces debía pernoctar en parques o lugares donde se consume drogas ilícitas (“fumaderos”). En el transcurso de este lapso ha acudido aproximadamente una docena de veces al departamento de emergencia de nuestra institución, con el mismo modo de presentación: es decir, llegaba actuando de modo exaltado y prepotente -pero nunca en franca agitación psicomotriz-, solicitaba ser atendido con preferencia a otros usuarios y usaba lenguaje procaz hasta que conseguía su propósito. Su queja estereotipada solía ser la delusión paranoide de que personas de su entorno, con quien tuvo antes enfrentamientos, estarían pensando cobrar venganza y atacarlo. El paciente se irritaba cuando se pretendía profundizar la exploración psicopatológica, se negaba a dar más detalles de sus síntomas, y aducía que él era intolerante a los ruidos, con lo que exigía que nadie más le haga preguntas -asimismo presionaba para que nadie más lo entrevistase sino el médico asistente-. Reiteraba la exigencia de ser hospitalizado pues decía que corría peligro su vida, reivindicaba que él padecía una enfermedad mental, e insinuaba que sería capaz de intentar el suicidio si no se accedía a su pedido.

Cuando se llegaba al término de la entrevista, con la decisión médica de que permaneciese en observación de emergencia, el paciente se apresuraba a solicitar que no se le administrase antipsicóticos por vía parenteral (aunque no tenía antecedentes de distonía aguda o algún efecto adverso previo con el uso de estos medicamentos). En todas las ocasiones en que se le solicitó exámenes de metabolitos de drogas el resultado fue negativo. Las pruebas de analítica bioquímica, hormonal y hematológica también fueron normales, así como el examen electroencefalográfico. En una oportunidad, el paciente llegó a ser internado, tras estar un par de días en observación de emergencia, “por la situación de desamparo, escasa adherencia al tratamiento, exposición a riesgos y agresividad” -según anotó el médico responsable de su internamiento-. Sin embargo, durante el lapso que permaneció hospitalizado su adaptación fue muy mala, todas las anotaciones médicas durante dicho internamiento hacían hincapié en que el paciente “no refiere delusiones de daño ni alucinaciones”, “exige irse del pabellón”, “bota la medicina”, “niega sintomatología psicótica”. Finalmente, tras veinte días salió de alta. En el único control ambulatorio posterior se verificó que no cumplía con el tratamiento.

En todos los episodios restantes, luego de transcurridos uno o dos días en observación de emergencia, el paciente solicitaba su alta voluntaria y afirmaba ya no padecer ningún síntoma psicótico, rechazaba preguntas orientadas a indagar en mayor profundidad sus datos clínicos y se negaba a brindar datos sobre cualquier familiar suyo con el cual pudiese hacerse contacto. Finalmente, en una de las oportunidades en que acudió, cuando no había cama alguna disponible en observación de emergencia, fue confrontado por el médico de guardia en base a la información antes enumerada, y el paciente modificó su actitud desafiante e impositiva por un talante obsequioso y se limitó a solicitar dinero para adquirir alimentos y “para su pasaje”, pues alegó, “él no tenía dónde vivir.” Una vez obtenida una suma de dinero, se retiró. Dejó de acudir a emergencia por un largo tiempo.

Caso clínico 2

Mujer de 48 años, instrucción secundaria completa, conviviente, posee el diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde aproximadamente los 30 años de edad, recibía tratamiento ambulatorio irregular en diversos hospitales hasta que fue transferida al Instituto Nacional de Salud Mental. No tenía historia

de abuso de sustancias ilegales. Su primera atención fue en Emergencia por ideación suicida a fines del año pasado: se presentó sollozante, triste, ansiosa y se quejaba de insomnio; sin embargo, cuando luego de la atención respectiva se le ofreció una cita de control a la mayor brevedad posible, declinó la oferta pues afirmó que viajaría a provincias donde “mejoraba de su asma bronquial” –pese a que en Lima era época de verano-. El médico que la evaluó, anotó en la historia clínica: “ideación suicida dudosa, contradictoria con la información proporcionada”. Sorprendentemente, a los pocos días la paciente se presentó a solicitar una “copia” de receta alegando que la original “se le había perdido” –y sin haber efectuado el viaje anunciado-. Luego de su atención en Emergencia, fue derivada al Módulo de Intervención Breve y fue atendida en diferentes oportunidades solo con evaluaciones rápidas, para hacerle “copia de receta”, hasta que pudiese ser asignada a un médico de consulta externa. La hoja de referencia desde un centro de salud no precisaba su tratamiento sino solamente el diagnóstico psiquiátrico antes mencionado. En el Módulo le fue prescrita la siguiente medicación: olanzapina 20 mg/d, carbonato de litio 1800 mg/d, valproato de sodio 3000 mg/d y decanoato de haloperidol 50 mg IM cada 15 días. Posteriormente, ya en sus citas de consultorio externo, a las que siempre acudía sola y manteniendo una actitud evasiva y reservada, la paciente manifestó que pese a la medicación recibida seguía padeciendo de alucinaciones auditivas de contenido deprecatorio e imperativo de suicidio (aunque nunca había ejecutado actos con fin suicida), por lo que se incrementó su dosis hasta 30 mg. diarios de olanzapina. En controles posteriores, uno de los psiquiatras de consultorio externo verificó con sorpresa que pese a las elevadas dosis de medicación la paciente no presentaba ningún efecto secundario y lucía sorprendentemente tranquila y sosegada, pese a que afirmaba que las alucinaciones no cesaban y eran atormentadoras.

En una entrevista posterior, y ante la sospecha de que la paciente estuviese simulando o exagerando sus síntomas, el médico tratante empezó a brindarle psicoeducación sobre las complicaciones del uso irracional de psicofármacos y, profundizando en la anamnesis, detectó una serie de problemas socio-familiares crónicos y severos. Gradualmente, la paciente refirió a su médico diversas versiones acerca de por qué ella se ingeniaba para obtener mayores cantidades de psicofármacos, mediante la exageración de sus síntomas o refiriendo que se hallaban presentes aunque no lo estuviesen: desde el supuesto apoyo que brindaba con medicamentos a un pariente cercano

poseedor también de un diagnóstico psiquiátrico (aunque se apresuró a aclarar que “no se los vendía sino que se los regalaba”) pues éste no podía acudir a consulta, hasta la precaución de poseer una reserva de medicación en su poder por sus “frecuentes viajes” fuera de la ciudad y así evitar suspender su tratamiento. De común acuerdo con su médico tratante, se fue bajando muy lenta y progresivamente la dosis de sus medicamentos sin evidenciarse hasta hoy pérdida de su estabilidad clínica.

DISCUSIÓN

La mentira y el engaño son comportamientos humanos frecuentes en la vida cotidiana. Empero, cuando estos fenómenos ocurren en un entorno clínico, el trabajo del médico se hace más desafiante pues se impone la adopción de algún grado de escepticismo en un profesional acostumbrado y entrenado para actuar de buena fe con quienes acuden a él en busca de ayuda (8).

Aunque sería erróneo presumir de antemano que algunas personas que acuden aquejadas por alucinaciones a recibir atención de salud mental, podrían estar alegando falsamente que escuchan voces –las alucinaciones se simulan con más frecuencia que las delusiones- (9); existe un conjunto de situaciones potenciales en las que puede suceder la simulación de síntomas psicóticos por parte de algunos individuos. De hecho, existe bibliografía que registra casos de simulación de psicosis en ámbitos clínicos: incluso en servicios de emergencia psiquiátrica se ha estimado que hasta 13% de pacientes eran alta o definitivamente sospechosos de estar simulando sus síntomas (10). Por otro lado, se ha calculado la prevalencia global de simulación en entornos clínicos en alrededor de 1% (11).

Se han establecido características clínicas que deben sugerir la sospecha de una posible simulación de síntomas psiquiátricos: desde la marcada inconsistencia y presencia de contradicciones en el relato anamnésico, la exposición de síntomas extremadamente inusuales en la semiología psiquiátrica (por ejemplo, alucinar visualmente las palabras pronunciadas por el interlocutor), exagerado dramatismo o bien una actitud evasiva, inasequible y escamoteadora de datos, hasta la actitud dubitativa y con repetidas respuestas “no sé” aun ante preguntas elementales. Igualmente, el despliegue de una actitud amenazante e intimidatoria, deseosa de monopolizar el control de la entrevista, suele reportarse en estas

circunstancias. También se han señalado otros hechos importantes: lo difíciles que resultan de imitar síntomas como el lenguaje disgregado o los síntomas negativos de la esquizofrenia o cómo resulta improbable simular de modo verosímil y consistente un episodio de manía (2,3,7,8). Asimismo, es casi imposible que la simulación de la psicosis se mantenga inmodificable a lo largo de las 24 horas del día. Existen en la literatura especializada un amplio catálogo de características semiológicas propias de los cuadros de simulación pero, como es obvio, por sí misma ninguna de estas características constituye indicador suficiente para asumir como cierta una probable simulación (6). Igualmente, la existencia de un motivo que pueda explicar la necesidad del paciente para la simulación de síntomas, tampoco es por sí misma patognomónica de tal diagnóstico. En general, cautelosamente se estipula que siempre la simulación debiera ser asumida como un diagnóstico de exclusión (7).

Dada la dificultad en la detección de pacientes simuladores de enfermedades mentales, se han diseñado instrumentos psicométricos con el fin de detectar posibles cuadros simulados: entre los más empleados se hallan el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), el Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS), el Miller's Forensic Analysis of Symptoms Test (M-FAST), y el Malingering Test (M-Test), que ha sido diseñado específicamente para la detección de casos simulados de esquizofrenia, aunque su sensibilidad dista de ser óptima (2,6). El empleo simultáneo de estos instrumentos mejora su capacidad de detección de casos de simulación pero se deben utilizar luego de un tamizaje clínico y requieren capacitación y disponibilidad de recursos. En la actualidad, no existe ningún instrumento apropiado para tamizaje de pacientes potencialmente simuladores en situaciones clínicas de emergencia (12).

Sin embargo, una dificultad adicional y de la mayor trascendencia es que, si bien el fingimiento de la psicosis se produce a partir del conocimiento escaso y las creencias erróneas de lo que el simulador considera que es la "psicosis", y son precisamente los errores que se suscitan en esta simulación los que permiten su detección por el profesional entrenado, en los casos de psicosis instrumental nos encontramos ante pacientes que ya han experimentado por sí mismos la enfermedad y sus síntomas y, por tanto, la posibilidad de detectar como simulada y ficticia la repetición que ellos hagan de los que fueron sus síntomas reales es, sin duda, más ardua y desafiante. El mismo Peter Tyrer,

quien introdujo el concepto de psicosis instrumental, reconoció que la falsedad de los síntomas psiquiátricos simulados en estos casos es difícil de probar, e incluso discernir entre la contribución relativa de motivos conscientes e inconscientes para la simulación, resultaría virtualmente imposible (4). En ese tenor, Tyrer insinuó que su "psicosis instrumental" no debía incorporarse en el grupo de los trastornos facticios sino mantenerse dentro del ámbito original de la esquizofrenia o de la psicosis primaria desde la que emergía (4).

Se han planteado una serie de modelos teóricos para entender la génesis y desarrollo de los fenómenos de simulación (13). Comprender la motivación detrás de estos actos puede ayudar al médico clínico a mantener un enfoque equilibrado en la valoración del paciente (14). El primer modelo, llamado patogenético, proviene de la perspectiva psicodinámica y asumía que el paciente "falsificaba" sus síntomas en estadios tempranos de psicosis en un intento de mantener el control sobre su incipiente experiencia de enfermedad, la que luego inevitablemente, eclosionaba. Este modelo, interesante pues anticipaba de algún modo la "psicosis instrumental" de Tyrer por basarse en la existencia de una psicosis subyacente, ha quedado relegado por la falta de soporte empírico a su propuesta teórica. El modelo criminológico, por su parte, se centraba en el contexto forense, presumía rasgos antisociales de personalidad en los pacientes simuladores, y describía la motivación subyacente de estos como abocada a evadir consecuencias legales mediante la falsificación de una patología psiquiátrica, lo que constituía un enfoque demasiado circunscrito –aunque es el modelo en que se basan los criterios respectivos del DSM-5-. Finalmente, en la actualidad se ha difundido por su mayor capacidad abarcativa y comprensiva, el modelo de adaptación, que considera a los fenómenos de simulación como intentos de adaptación del individuo para enfrentar situaciones de extremo estrés, donde la persona afectada no puede disponer de otros recursos factibles para el logro de sus propósitos, ya sea por escasez de habilidades de afronte o por lo crítico de determinadas circunstancias. En este modelo, la simulación no es entendida como producto de la personalidad de individuos fraudulentos ni se asume que una persona esté signada a repetir siempre nuevos actos de simulación (13,15). En este sentido, Travin y Protter, entienden la simulación como un proceso psicosocial influido por factores internos y externos: los primeros implican componentes intrapsíquicos complejos e idiosincráticos, los segundos, están conformados por el contexto y las metas del individuo

en la atención de salud; son estos datos últimos los que pueden hacer surgir sospechas en el proveedor de servicios, de estar ante un caso de simulación (16). Debe recordarse que, dadas las terribles condiciones que deben enfrentar las personas que viven sin hogar o en la indigencia, la psicosis simulada podría ser más común en este grupo de lo que usualmente se supone, pero la razón por la cual algunos individuos escogen simular enfermedades mentales en determinadas situaciones, y otros no, permanece incógnita (2,3).

Existen varios trastornos psiquiátricos en los que un paciente puede manifestar molestias que parecen carecer de un claro sustento fisiológico o psicopatológico. Es necesario descartarlos cuidadosamente antes de considerar el diagnóstico de problemas de simulación (8,11). Dado que en el caso de nuestros pacientes no había síntomas somáticos sino psíquicos, pueden descartarse los cuadros de conversión o somatización, y puesto que no había alteraciones de conciencia o de la memoria o de la unidad del yo, las principales funciones afectadas en cuadros disociativos, podemos igualmente descartar estas patologías. Finalmente, aparte de otras diferencias, aunque en el trastorno facticio la producción de síntomas es igualmente voluntaria y consciente, su motivación es por una ganancia psíquica interna y compleja; mientras que, en los casos que hemos presentado, la elaboración de los síntomas perseguía un fin tangible y externo.

Acerca de los casos que hemos resumido en este reporte, podemos afirmar que el primero representa por excelencia un caso de psicosis instrumental: el individuo afectado, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y acusados rasgos de personalidad antisocial, simulaba sus síntomas en diversas ocasiones para obtener alimentos y alojamiento cuando no disponía de ellos, dada su carencia de soporte socio-familiar. Para lograr su propósito, al acudir para atención en emergencia adoptaba una actitud amedrentadora con el fin de evitar cuestionamientos o exploraciones más detalladas por parte del médico. Concuera con la literatura la presencia de personalidad antisocial en este paciente (6). En el segundo caso, en cambio, queda patente que la paciente no trataba de simular síntomas activos sino que simplemente refería una falta de mejoría de sus molestias, es decir las exageraba, para así obtener incremento de dosis de medicación que no consumía y acumulaba con fines que no se pudo precisar claramente (probablemente las vendía o las intercambiaba). Lo que llamó la atención en ambos casos, obviamente fueron más las actitudes de los pacientes que la naturaleza y características de

sus síntomas. Probablemente esta sea una diferencia crucial para el diagnóstico de psicosis instrumental respecto a casos de simulación pura.

Respecto al afronte terapéutico de los casos de psicosis instrumental, – así como, en general, respecto también a los problemas de trastorno facticio- puede afirmarse que no existe más tratamiento específico que un abordaje empático y pulcro (2,3,8). En primer lugar, los pacientes no deben ser etiquetados a priori como mentirosos, sino que más bien deben documentarse apropiadamente en la historia clínica las inconsistencias del relato y el examen. El hecho de que no exista una causa fisiopatológica objetiva para las molestias que los pacientes refieren, no debe hacer olvidar la existencia de genuinos problemas psicosociales que pudiesen hallarse como trasfondo. Este enfoque, inteligente y poseedor de tacto, puede hacer que los pacientes renuncien a sus síntomas simulados, sobre todo si se evita la confrontación directa y se les permite una alternativa digna y que les permita, de alguna manera, “salvar las apariencias” (8). Es mejor decir al paciente “parece que no me ha dicho usted toda la verdad”, a espetarle “usted me ha estado mintiendo”, pues usualmente esta última intervención lleva a la persistencia de la simulación (6,15).

En conclusión, existen diferentes causas por las que no se detectan debidamente los casos de psicosis instrumental: aparte de las reseñadas y asociadas a la dificultad técnica de la disquisición diagnóstica y además de la escasa literatura disponible, también existe renuencia de parte de los médicos a considerar la posibilidad de simulación (10), en parte por las implicancias éticas y legales de usar esta etiqueta y el potencial daño a la relación médico - paciente. No está de más recordar que el psiquiatra clínico basa fundamentalmente su trabajo en lo que el propio paciente describe acerca de sus estados mentales y tiene, por ende, menos datos objetivos para apoyarse que en contextos forenses (17). Sin embargo, la detección de casos de psicosis instrumental en contextos clínicos tiene como beneficio, aparte de evitar el dispendio de recursos que podrían servir a personas con auténtica necesidad de ellos, la fructífera posibilidad de conseguir, en la relación terapéutica con el simulador, que no se perpetúe ni se refuerce su conducta maladaptativa y sea, en cambio, mejor canalizada hacia los servicios correspondientes (18) (consultorios de servicio social, por ejemplo, o dispositivos específicos de la psiquiatría comunitaria).

Correspondencia

Lizardo Cruzado
Departamento de Emergencia.
Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
Jr. Eloy Espinoza 709. San Martín de Porres. Lima 31.
Lima, Perú.
Correo electrónico: lizardo.cruzado.d@upch.pe
Teléfono: 511 614 9205.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno por declarar.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo-Nágera A. La enfermedad simulada. 3ª ed. Barcelona: Salvat; 1951.
2. Chesterman LP, Terbeck S, Vaughan F. Malingered psychosis. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2008; 19: 275-300.
3. Broughton N, Chesterman P. Malingered psychosis. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2001; 12: 407-422.
4. Tyrer P, Babidge N, Emmanuel J, Yarger N, Ranger M. Instrumental psychosis: the Good Soldier Svejk syndrome. *J R Soc Med.* 2001; 94: 22-25.
5. Ogilvie A, Humphreys H. Feigned psychosis revisited- a 20 year follow up of 10 patients. *Psychiatr Bull.* 1996; 20: 666-669.
6. Resnick PJ. Malingering. In: Rosner R. (editores). *Principles and practice of forensic psychiatry.* 2nd ed. New York: Arnold; 2003. p. 543-554.
7. Resnick PL, Knoll J. Faking it. How to detect malingered psychosis. *Curr psychiatry.* 2005; 4: 13-25.
8. Adetunji BA, Basil B, Mathews M, Williams A, Osinowo T, Oladinni O. Detection and management of malingering in a clinical setting. *Prim Psychiatry.* 2006; 13: 61-69.
9. McCarthy-Jones S, Resnick PJ. Listening to voices: the use of phenomenology to differentiate malingered from genuine verbal hallucinations. *Int J Law Psychiatry.* 2014; 183-189.
10. Yates BD, Nordquist CR, Schultz-Ross RA. Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatr Serv.* 1996; 47: 998-1000.
11. Singh J, Avasthi A, Grover S. Malingering of psychiatric disorders: a review. *German J Psychiatry.* 2007; 10: 126-132.
12. Zuber A, Raza M, Holaday E, Aggarwal R. Screening for malingering in the Emergency Department. *Acad Psychiatry.* 2015; 39: 233-234.
13. Rogers R, Sewell KW, Goldstein AM. Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law Hum Behav.* 1994; 18: 543-552.
14. Mason AM, Cardell R, Armstrong M. Malingering psychosis: guidelines for assessment and management. *Perspect Psychiatr Care.* 2014; 50: 51-57.
15. Harris MR. The malingering of psychotic disorders. *The Jefferson Journal of Psychiatry.* 2000; 15: 12-24.
16. Travin S, Protter B. Malingering and malingering-like behavior: some clinical and conceptual issues. *Psychiatr Q.* 1984; 56: 189-197.
17. Waite S, Geddes A. Malingered psychosis leading to involuntary psychiatric hospitalization. *Australas Psychiatry.* 2006; 14: 419-421.
18. Garriga M. Malingering in the clinical setting. *Psychiatric Times.* 2007; 24(3):1-4.

Recibido: 10/10/2016

Aceptado: 05/12/2016