



Simuladores de enfermedad mental

Psicología, 25/12/2011



No soy psiquiatra forense soy clínica, pero en una consulta pública en diversas circunstancias uno se ve envuelto en situaciones tan comprometedoras como desagradables que nada tienen que ver con la enfermedad mental. Esos casos tan particulares son los llamados SIMULADORES:

La simulación según Marco, Marti y Bartran (1990) es un tipo de conducta humana tan antigua como la humanidad. Tanto datos históricos como textos sagrados (La Biblia y las historias de Grecia, Roma y la Edad Media), nos muestran que la simulación existió en todas las épocas y en todas las civilizaciones.

Uno de los primeros escritos fue el de Galeno con el primer tratado sobre enfermedades simuladas, lo que le dio gran fama en Roma (González, 1991). Sin embargo, como dice Bonnet (1984), citado Marco y col. (1990) parece que fue Juan Bautista Silvaticus quien en 1595 publicó la primera obra sobre la simulación de la locura, titulada "De lis qui Morbum Simulant Reprehendis liber". Y quizá sea Ambrosio A. Tardieu con la publicación en 1872 de su "Estudio Médico-Legal sobre la locura" el primer autor que profundiza el tema de la simulación de enfermedad mental, hasta tal punto que la obra de Tardieu no ha sido refutada por autores posteriores, que se han limitado a perfeccionarla y complementarla, manteniendo sus criterios claves, aún hoy, con plena vigencia.

Signos para la detección de simulación

Existe un buen número de pistas que se pueden aplicar apropiadamente en la detección del engaño, en documentos no publicados sobre simulación por la Academia Americana de Psiquiatria y Leyes, escritos por Vicary y Maloney; referenciados por Jaffe y Sharma (1998) se reportó que el conocimiento que tienen los clínicos tiene una gran ventaja en la detección de la simulación; y para Marco y col. (1990), Rogers y col. (1996), Jaffe y Sharma (1998), Irruarizaga (1999) y Stuart y Clayman (2001) existen los siguientes signos como evidencia objetiva de la simulación:

1. Retención de información y Falta de cooperación: La memoria de un simulador tiene vacíos importantes, es cauteloso y piensa que entre menos información tenga el examinador, es mejor. Con frecuencia afirman haber olvidado muchas cosas o no

saber. (DSM- IV, 1998) Hay el temor de que una evaluación rigurosa detecte la enfermedad que está simulando. Los sujetos parecen seguir todas las indicaciones médicas pero toman una actitud totalmente antagonista; tratan de tomar el control de la entrevista y se comportan de una manera intimidante, gastan tiempo para pensar las respuestas que van a dar. Presentan abundancia de respuestas evasivas si están dirigidas a una cuestión vital para el simulador; contestaciones burlescas, irónicas y ridículas; ausencia del trastorno de la afectividad.

2. Exageración: Los simuladores creen de forma equivocada que entre más extraños parezcan, más creíbles son. Clemente (1995) lo denominó elevación del número de dramatismos.

3. Llamen la atención sobre su enfermedad: Según Ritson y Forest (1970), citados por Marco et al. (1990) los simuladores están ansiosos por llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas. El auténtico enfermo sin proponérselo puede presentar abandono en su cuidado físico tener el pelo largo, aparecer sin afeitarse, con las ropas sucias, desaliñado, con abandono de su limpieza; mientras que el que finge se pone ropas extravagantes; la camisa al revés; la bufanda fuera de su sitio con vestimentas artificialmente alteradas; a menudo, esa alteración de su aspecto exterior sólo se da durante los reconocimientos médicos o declaración ante funcionarios judiciales. (Delgado y col., 1.994)

4. Los acusados actúan comúnmente como sordos y tontos: se muestran excesivamente psicóticos, intelectualmente impedidos y con amnesias y delirios. Las personas que fingen actúan como "tontos y locos" porque ellos creen que las personas mentalmente enfermas son tontas.

5. Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula: Falta el típico contenido afectivo de ansiedad en alucinaciones y delirios; o el tono afectivo de temor, rabia o depresión asociado a cualquier diagnóstico. Si hay auto lesionismo, éste no reviste gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.

6. Ausencia de perseveración: La perseveración es un signo de consistencia en la personalidad y/o en la patología, por tanto es una conducta que debe presentar constancia en el tiempo, rara vez se ve en los simuladores. (Marco y col., 1990)

7. Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado: La falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana. Ej. El simulador puede asegurar o mostrar una incapacidad para trabajar, pero mantiene la capacidad de su esparcimiento como por ejemplo disfrutar del teatro, ver TV, jugar cartas, etc. La inconsistencia entre las respuestas del sujeto referida a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognoscitivos y el fallo en ítems muy simples.. Otros indicadores de este signo son el rendimiento por debajo de lo esperado al azar en pruebas de elección entre dos alternativas, la inconsistencia en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas funciones, el bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente. La alta

incidencia de respuestas "aproximadamente correctas" en oposición a las "claramente correctas" Iruarrizaga (1999).

8. Alteraciones del lenguaje no verbal: El tono y la intensidad de la voz varían significativamente ante la mentira, la velocidad de fraseo es lenta y evasiva, el evaluado tarda en responder porque necesita pensar varias veces para contestar con coherencia, produce pausas y errores en el discurso, además es de carácter indirecto, las expresiones faciales varían contingentemente con el contenido temático. Rogers (1998), Hall y Pritchard (1996), Nies y Sweet (1994), Eckman (1992) entre otros, citados por Iruarrizaga (1999) Las características de la mirada tienen mucha importancia: la del auténticamente trastornado se caracteriza por su mirada fija y expresión extraviada; la mirada del simulador es menos franca, se muestra con una expresión de desconfianza como temeroso de ser descubierto. Un buen signo es la discordancia entre la expresión facial y el tono y contenido del lenguaje (paraminia y paratimia), con una excepción: la esquizofrenia, en la que ese signo puede ser de patología real. (Delgado, y col., 1.994)

9. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: El simulador actúa de manera normal cuando no se percata de que está siendo observado, por lo cual hablar con el personal que tiene oportunidad de observar al preso es útil para descubrir su comportamiento inconsistente. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: Por ejemplo un farsante dice que no puede recordar su nombre o la fecha de nacimiento, pero si es capaz de recordar otros eventos pasados, como la dosis de los medicamentos que ingiere. El simulador por lo general confunde los síntomas psicóticos con los impedimentos cognoscitivos y cree que la persona que escucha voces no sabe en que año está. Los amnésicos auténticos generalmente recuerdan cosas como: nombre, edad, fecha de nacimiento, dirección, nombre de la madre, de familiares cercanos y lo que desayunaron; lo cual es lo que pretenden olvidar los farsantes; y es muy raro que finjan amnesia global. Los simuladores pretenden tener alucinaciones visuales o auditivas y hablan con personas imaginarias. En la exploración clínica de la simulación se señalarán las intermitencias y modificaciones inexplicables del síndrome mental exhibido; inexistencia de la relación entre el síndrome o enfermedad aparente y la causa etiológica presumible.

10. La simulación es más difícil de mantener por períodos largos: El hecho de simular exige una extremada concentración y resulta extenuante por lo cual la persona sana requiere períodos de descanso. Por eso también hay más oportunidad de descubrir el engaño durante una entrevista larga.

11. Dificultad para fingir síntomas fisiológicos: Generalmente el simulador desconoce los síntomas fisiológicos de la enfermedad y por eso no los actúa, si llegara a simularlos puede ser descubierto porque los sobreactúa o tiene dificultades para hacerlo. Por ejemplo el que simula depresión puede fingir astenia pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia. (Rogers y col., 1996)

12. Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad: Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero no son tan conocidos u observables. Por ejemplo en Trastorno disociativo de la personalidad pueden fingir las personalidades múltiples, pero no saben de las amnesias y no las simulan (Aunque no en todas las expresiones de este trastorno se manifiesta la amnesia). En personas preparadas académicamente en temas relacionados (psicólogos, psiquiatras, médicos, etc.) es más

difícil detectar la simulación de psicopatologías que en personas que no tienen una preparación académica extensa o de éste tipo. (Rogers y col., 1996)

Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros: Los simuladores pueden no ajustarse a ninguna entidad diagnóstica conocida. Los síntomas pueden haberse elegido de varias enfermedades y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos. Las personas que fingen síntomas muy específicos (falta de concentración) y desórdenes específicos (depresión mayor). (Marco y col., 1990). Mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas; y a ninguna entidad clínica en particular.

Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos: Los simuladores pueden afirmar haber tenido delirios (o síntomas en general) de comienzo repentino, cuando en realidad los delirios sistematizados tardan normalmente varias semanas en sistematizarse. Pueden informar que los síntomas de "locura" comenzaron cuando el imputado tenía 40 años, poco antes del incidente judicial y el clínico sabe que la esquizofrenia tiene un inicio cerca de los 20 años y la enfermedad se desarrolla crónicamente.

Discrepancia entre el auto-reporte y los archivos médicos: Los evaluados afirman severidad en síntomas en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización; cuando el perito sabe que la severidad de síntomas generalmente se asocia a consulta temprana con los expertos y con la existencia de una historia clínica previa. (Stuart y Clayman, 2001; Marco et al, 1990 e Iruarrizaga, 1999). Los acusados pueden argumentar alguna psicopatología pero no informan haber estado en un tratamiento previo, y cuando tienen una cita para un tratamiento de salud mental o para una evaluación la cancelan o llegan más de una vez tarde a las citas y no cooperan durante el examen psicológico, además, también fallan en seguir un plan de tratamiento para un diagnóstico

Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas: no relacionan los delitos con sus síntomas o alteraciones como cometer asesinato con agravantes arraigados, por ejemplo existe relación entre el síntoma y la conducta del homicida como beber la sangre de la víctima que asesinó porque creía que los extraterrestres le estaban quitando la suya propia.

Evidencia de complicidad: En los casos en los que se alega que el acusado presenta un determinado tipo de patología mental, se sospechará simulación si hay un cómplice implicado en el crimen. En efecto, como dice Resnick (1984) citado por Marco y col., (1990), la mayoría de los cómplices de inteligencia normal no participarán en crímenes motivados psicóticamente.

Engaños anteriores: Las investigaciones retrospectivas algunas veces revelan evidencias de engaños pasados, como utilización de alias, escapes de la prisión o mentira en un negocio; es común encontrar un patrón de comportamiento antisocial engañoso. La enfermedad actual es tan sólo otra instancia de éste patrón.

Historia laboral incoherente con la enfermedad: Según Resnick (1984), citado por Marco y col. (1990), los simuladores pueden tener un historial laboral desfavorable "la persona que siempre ha sido responsable, honrada, miembro adecuado de la sociedad es menos probable que simule". Aunque la estabilidad laboral puede ser positiva previa al apareamiento de la enfermedad y deteriorarse desde entonces, si se alegan síntomas crónicos esto alteraría también crónicamente el historial laboral, también puede ser indicador de simulación, ya que una persona que padece una enfermedad mental, difícilmente puede tener un óptimo funcionamiento laboral.

Los signos de simulación ya enunciados son generales y se pueden encontrar en el fingimiento de cualquier enfermedad, sin embargo también la literatura reporta signos de simulación específicos para algunos cuadros diagnósticos.

La simulación en Psiquiatría tiene frecuencia distinta según las finalidades donde el cuadro psiquiátrico es desplegado. Así, en medicina asistencial, la simulación más frecuente guarda relación con beneficios inmediatos como una atención preferencial, con una patología incipiente de la relación paciente-médico o con una acción preparatoria de un beneficio mediato. Este sería el caso de justificar inasistencias, desapariciones temporales, licencias por enfermedad, no asumir ciertas responsabilidades o tareas indeseadas en sus circunstancias de tiempo, lugar, ambiente humano o de funcionamiento o infraestructura. El cuadro en general y con el tiempo es confesado cuando ya los fines de la situación han sido logrados: se blanquea la relación o el episodio. No guarda el hermetismo que sí tiene en la psiquiatría forense y donde la mayor parte de las veces no hay oportunidad de referir la "picardía" o el hecho en razón de sus consecuencias de delito o daño.

En general se simula la amnesia lacunar global o la anterógrada o retrógrada según se alegue sólo el hecho o se lo correlacione con episodios inmediatos anteriores o posteriores.

La confusión mental está cercana a la función ya vista, no es tan terminante como la amnesia de lo vinculante en responsabilidad penal o civil. Requiere por ello menor esfuerzo, toma principalmente el impedimento de la atención y por ello requiere menor control en el relato que la amnesia. Se la alega como una nebulosa de la que emergen detalles o de la que se escapan detalles fuera de control. Se la invoca en general con la influencia de tóxicos (alcohol, drogas legales o no), traumatismos, episodios afectivos, crisis en relación con epilepsia o trastornos orgánicos cerebrales o no (alteraciones de medio interno por ejemplo). Se la asocia con trastornos de la orientación autopsíquica o alopsíquica.

Los delirios simulados son simples, casi siempre se colocan en el plano pueril y debemos recordar que son cuadros fingidos que se asocian con episodios de confusión de personas, cosas o situaciones o intereses. Son —a mi entender— los cuadros alegados que deben ser examinados con continuidad, reiteración de momentos "vividos", que deben ser cotejados con el mismo tipo de examen reiterado.

Las alucinaciones y su mundo de errores y terrores constituyen un grupo que necesita de esfuerzo histriónico para acompañar la mímica y el estado que se intenta transmitir al examinador. Las reacciones del examinado frente a aquello que se le reprocha guarda relación con la verosimilitud. No pueden constituir un hecho parásito en simbiosis, sino que por el contrario, alteran en

su totalidad el estado psíquico del individuo. Cualquier variedad de alucinación puede ser alegada. También dentro de las alteraciones de la sensopercepción están las ilusiones que pueden dar lugar a errores.

Es necesario sospechar que existe simulación en los siguientes casos:

1. Cuando se da en un contexto médico-legal

2. Cuando existe manifiesta discrepancia entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos

objetivos de la exploración médica.

3. Cuando no existe la debida cooperación del "paciente" durante el proceso de la valoración diagnóstica, y cuando se incumple el tratamiento prescrito.

4. Cuando se presenta un trastornos antisocial de personalidad.

El simulador está motivado en su actuación por un incentivo externo, que representa en su máxima expresión la "ganancia secundaria de la enfermedad". Las consecuencias de tal actuación saltan a la vista: pérdida de tiempo del clínico y recesión en su capacidad para tratar los casos de auténtica necesidad, y estafa y desfalco económico para el sistema y la sociedad. El simulador actúa como un falso positivo, y una vez que se gana la confianza de un clínico –psiquiatra, psicólogo-, su estrategia siguiente consiste en "acrecentar su imperio", solicitando la necesidad imperiosa también del otro especialista -uno prescribe mediación, el otro proporciona psicoterapia-. Una vez fabricada la rueda, queda normalmente asentado en su indiscutible nueva posición de "enfermo grave", circulando en citas continuadas durante meses, y en la mayoría de los casos, durante años.

No es fácil desmontar al simulador, pues a medida que el tiempo pasa, éste le refuerza la posición, convirtiéndole en un enfermo crónico, grave, prácticamente discapacitado psíquico, y como tal, merecedor de algún grado de discapacidad. La Incapacidad Permanente, no solo para su anterior empleo, sino para todo tipo de trabajo, está al caer, una vez conseguida la primera, y con el tiempo, sus protestas avanzan hasta lograr algún nivel más. Sus quejas son siempre las mismas: "con el dinero que gano no llegamos", "mire, lo que ganaba cuando trabajaba, y mire usted lo que me dan ahora", "no puedo con la casa, mi mujer trabaja fuera –alguien debe trabajar-, y yo me quedo al cuidado de la niña, tengo que hacer la comida, lavar..., y encima mi mujer no me lo agradece, me desprecia por mi estado...", "nadie me comprende", "no se que hacer", " los 20 o 30 minutos al mes o cada dos meses con usted es el único momento en que puedo desahogarme", etc., etc., etc. Es posible que

con el tiempo y a fuerza de adoptar ese papel, el simulador termine generando la misma patología de la que presume, mediante ese proceso de introyección continuado, su autoexclusión del mundo laboral y su proceso indeleble de alineación.

La razón que el simulador aduce puede ser esencialmente de dos tipos: alteraciones físicas (algias, apraxias, distonías, patología física interna...), o alteraciones psíquicas (depresión que no remite ni con toda la farmacopea existente ni con toda la psicoterapia, ansiedad permanente, agnosia, agorafobia, pánico, TAG, TOC, Trastorno Adaptativo, acoso... A esto hay que sumar el simulador que aduce ambas, que por lo general son la mayoría, siempre que puedan exagerar algún problema físico de base ya existente. Cuando no existe tal, el simulador es siempre un supuesto enfermo psíquico. El simulador suele ser o terminar convirtiéndose en un verdadero experto en su "imaginaria enfermedad", pues su labor no termina en simular síntomas y signos, sino que investiga, estudia, recopila toda la información posible.

Tal es así que, a veces, en la primera cita suelen describir "de libro" -y por orden casi exacto- todos los síntomas. Por otra parte, a la hora de presentarse, pueden desarrollar el papel de agudos o de crónicos. En el primer caso, la alarma y el desconcierto fingido que aparentan es la nota principal; en el segundo, su problema es explicado como que después de sufrir durante mucho tiempo tal o cual desgracia, la cosa ha llegado hasta tal punto que se ha convertido en imposible. A nivel personalógico es necesario que el simulador, para llevar a cabo su plan, parta de un basamento de trastorno. Por ello, en su patrón destaca como alterada la cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos); la afectividad (su gama, intensidad y adecuación de la respuesta emocional); su actividad interpersonal y el control de impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende

a una amplia gama de situaciones personales y sociales y todo ello en el contexto antisocial.

La reacción del simulador cuando se intenta desenmascarar o terminar con su farsa es inmediata: su estado empeora rápidamente, la demanda de ayuda profesional es entonces más importante que nunca, y nuevamente las cosas vuelven a su sitio. De ninguna manera el simulador está dispuesto a perder su status, su condición, aquello que tanto le ha costado construir -años normalmente-, con lo que el problema final es que situación queda enquistada a perpetuidad.

Algunos de los procedimientos psicométricos de valoración de la simulación más empleados son: el Test de Retención Visual Benton, donde el simulador comete más fallos de distorsión que los pacientes con lesiones cerebrales, pero no más errores de omisión; el MMPI, donde los simuladores obtienen peores resultados que los verdaderos pacientes; la Malingering Scale (Schretlen, 1986) (6), con una escala de simulación de deficiencia mental y otra de simulación de psicosis; la SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms) que intenta desenmascarar a simuladores o exageradores de trastornos mentales (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers, Gillis, Dickens y Bagby, 1991; Rogers, Kropp et al., 1992) (7) (8) (9); o la SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) para detectar posible simulación en inteligencia, afectividad, daño neurológico, amnesia

El tratamiento debe centrarse en el manejo más que en la curación. En la simulación es necesaria la intervención legal. Los

esfuerzos tempranos tendrían por objeto más evitar el engaño al médico y de protección al personal médico y paramédico más que en tratar al paciente. Se centra por lo tanto el esfuerzo en ayudar al personal sanitario que lo resulta más eficaz que buscar la atención que demandan dichos enfermos.

Bibliografía:

1. -A. Chinchilla, J. Correas, FJ. Quintero, M.Vega. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Edit.

Masson, 2003

2. -Kaplan- Sadock. Sinopsis de Psiquiatría 9º Edición. Edit. Panamericana, 2004

3. -PA. Soler Insa, J. Gascón Barrachina. RTM-II 2º Edición. Edit. Masson, 1999

4. -Hyman, SE .Manual de Urgencias Psiquiátricas 2º Edición. Edit. Salvat, 1990