



SIMULACIÓN

CLASIFICACIÓN

Suele considerarse que la simulación ocurre con poca frecuencia. Los clínicos experimentados informan sobre unas tasas estimadas del 16% en los exámenes forenses y del 7% en los ámbitos clínicos extraforenses (Rogers y cols., 1994). Sin embargo, abundan los ejemplos no clínicos. Casi todo el mundo ha simulado una enfermedad en un momento u otro de su vida: de niños, la mayoría ha fingido un dolor de cabeza o de estómago para no ir a la escuela. En el DSM-IV, la simulación se sitúa bajo el epígrafe «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», con el código Z [V], y no se considera un trastorno mental o una enfermedad psiquiátrica (American Psychiatric Association, 1994). Se define como:

«... la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: p. ej., fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra.» pág. 698).

En la simulación, a diferencia de los trastornos facticios, la motivación para la producción de síntomas es un incentivo externo; el objetivo es algo *diferente* a lograr el papel de enfermo. En contraste con los trastornos somatomorfos y con el trastorno de conversión, en la simulación

hay conciencia del fingimiento intencionado de los síntomas. Se ha sugerido también el término *simulación por poderes* (Bools, 1996) para aquellos casos en que se elabora la enfermedad de un niño con el objetivo de obtener una ganancia secundaria (p. ej., para lograr beneficios de la asistencia social).

La confusión diagnóstica entre la simulación y otros trastornos mentales, en particular con los trastornos facticios, puede atribuirse a la descripción original del síndrome de Münchhausen efectuada por Asher (1951). Este autor atribuyó varios motivos posibles al síndrome de Münchhausen, entre ellos «el deseo de escapar de la policía» y «el deseo de conseguir alojamiento para pasar la noche» (Asher, 1951, pág. 339), que en la actualidad se incluirían entre las conductas de enfermedad fingida, como la simulación. Esta tendencia a incluir la simulación dentro del espectro de los trastornos facticios fue reforzada aún más por Spiro (1968), quien recomendó que en los individuos con síndrome de Münchhausen «solamente debe diagnosticarse que hay simulación cuando no exista ninguna enfermedad psiquiátrica y se observe una conducta adecuadamente adaptativa para conseguir un objetivo definido a largo plazo» (pág. 569). Existen, sin embargo, numerosos ejemplos de pacientes con trastorno facticio que además son simuladores (v. el apartado sobre diagnóstico del trastorno facticio).

El término *simulación* describe o atribuye motivación a la conducta o series de conductas de alguien en un determinado contexto ambiental. Esta necesaria relación con las circunstancias y acontecimientos de la vida está muy relacionada con los trastornos de adaptación. Que se considere adaptativa o disfuncional depende a menudo de la perspectiva del observador. El fingimiento de una enfermedad en el prisionero de guerra para evitar la tortura o escapar puede considerarse ingenioso y un acto de valor, mientras que el objetor que finge conscientemente una enfermedad para evitar ser llamado a filas puede considerarse un cobarde mal adaptado (para más ejemplos, v. Cappucci y Flemming, 1994; Sung y cols., 1995; Witztum y cols., 1996).

DIAGNÓSTICO

Prácticamente todos los autores señalan la dificultad de detectar la simulación. Al igual que en los trastornos facticios, la primera tarea del médico consiste en asegurarse de que no pasa desapercibida una verdadera causa médica o psiquiátrica que explique los síntomas. En este sentido hay que realizar una valoración completa, exenta de sesgo y bien planificada. Witztum y cols. (1996) describen una serie de reclutas militares diagnosticados erróneamente de simuladores y en los que pasaron por alto los diagnósticos de trastornos psiquiátricos graves debido a problemas de valoración. Estos autores señalan también, al igual que DuAlba y Scott (1993), el importante papel de las diferencias culturales al valorar la simulación.

No obstante, existen signos clínicos sugerentes de simulación (tabla 17-5). Yudofsky (1991) subraya que estos signos no tienen carácter *diagnóstico*, ya que pueden presentarse en otras situaciones. Rogers (1990) advierte contra su aplicación indiscriminada y señala, por ejemplo, que los pacientes psicóticos muestran falta de cooperación con más frecuencia que los simuladores, y que hay datos limitados sobre la asociación entre el trastorno de personalidad antisocial y la simulación. Se han propuesto numerosas estrategias para intentar la detección clínica del engaño (Annon, 1988; Nordmeyer, 1994; Wallach, 1994). Resnick (1993) ofrece algunas claves clínicas y técnicas de entrevista para detectar la simulación de psicosis y de otros trastornos. En la tabla 17-6 se presentan normas sobre el modo de afrontar a un posible simulador.

TABLA 17-5. Signos sugerentes de simulación

Los síntomas son vagos, mal definidos y no se ajustan a entidades diagnósticas concretas
Las molestias, signos o síntomas parecen excesivos o teatrales
Las lesiones parecen autoinfligidas
En la investigación toxicológica se detectan sustancias tóxicas o medicamentos no prescritos cuya presencia no tiene explicación
La historia clínica o los datos diagnósticos parecen haber sido alterados o modificados
Hay antecedentes de lesiones o accidentes repetidos
La historia clínica, la exploración física y los datos diagnósticos no apoyan las molestias alegadas
El paciente no coopera en la valoración diagnóstica o en el tratamiento
El paciente se muestra remiso a aceptar un pronóstico favorable
El paciente solicita sustancias adictivas o que son objeto frecuente de abuso, con el fin de tratar el trastorno
El paciente obtiene compensaciones económicas o de otra índole como consecuencia del trastorno
El paciente puede evitar situaciones dolorosas, peligrosas, promotoras de ansiedad o desagradables en cualquier sentido, como consecuencia del trastorno
El paciente puede evitar responsabilidades legales o sociales, o eludir penas legales, como consecuencia del trastorno
Existe un diagnóstico concomitante de trastorno de personalidad antisocial

Adaptado de Yudofsky, 1991.

TABLA 17-6. Consejos prácticos para valorar la sospecha de simulación

No dejarse guiar por la confianza subjetiva en la propia agudeza diagnóstica
Considerar la importancia del motivo que tiene el sujeto para engañar
Para excluir la simulación, no basarse exclusivamente en los resultados de la entrevista y de la exploración física
Obtener información colateral y confirmatoria
Considerar el empleo de pruebas diseñadas específicamente para detectar la simulación

Adaptado de Faust, 1995.

Si bien es de desear el empleo de una prueba específica para diagnosticar la simulación, tal prueba debiera incluir generalmente «múltiples mediciones y metodologías» (Nies y Sweet, 1994) para reforzar la fiabilidad diagnóstica. La prueba puede incluir una entrevista estructurada (Rogers y cols., 1991), datos sobre la validez de los síntomas u otras técnicas de elección forzada (Fautek, 1995; Pankratz y Erickson, 1990), técnicas fisiológicas (Annon, 1988) y pruebas neuropsicológicas específicas realizadas por un neuropsicólogo experto (Annon, 1988; Fautek, 1995; Lees-Haley y Fox, 1990; Nies y Sweet, 1994).

TRATAMIENTO

Aunque parece extraño el «tratamiento» de un trastorno inexistente, varios autores describen la posible utilidad de ayudar a los simuladores a que desarrollen capacidades alternativas para hacer frente a las circunstancias (Rabinowitz y cols., 1990; Yudofsky, 1991). Pankratz y Erickson (1990) subrayan la importancia de permitir al simulador que guarde las apariencias, y probablemente que algunas de las técnicas empleadas en el tratamiento del trastorno facticio podrían utilizarse también para el simulador. Finalmente, muchas de las advertencias de Houck (1992) sobre las dificultades médico-legales en la valoración y el tratamiento de los pacientes con un trastorno facticio son aplicables también a la valoración, el tratamiento y las disposiciones que se han de tomar con el simulador.

BIBLIOGRAFÍA

- Abed RT: Voluntary false confessions in a Munchausen patient: a new variant of the syndrome? *Irish Journal of Psychological Medicine* 12:24–26, 1995
- Aduan RP, Fauci AS, Dale DC, et al: Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 90:230–242, 1979
- Alexander R, Smith W, Stevenson R: Serial Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 86:581–585, 1990
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- Amirault C: Pseudologica fantastica and other tall tales: the contagious literature of Munchausen syndrome. *Lit Med* 14:169–190, 1995
- Annon JS: Detection of deception and search for truth: a proposed model with particular reference to the witness, the victim, and the defendant. *Forensic Reports* 1:303–360, 1988
- Asher R: Munchausen's syndrome. *Lancet* 1:339–341, 1951
- Babe KS Jr, Peterson AM, Loosen PT, et al: The pathogenesis of Munchausen syndrome: a review and case report. *Gen Hosp Psychiatry* 14:273–276, 1992
- Baile WF, Kuehn CV, Straker D: Factitious cancer. *Psychosomatics* 33:100–105, 1992
- Baker CE, Major E: Munchausen's syndrome: a case presenting as asthma requiring ventilation. *Anaesthesia* 49:1050–1051, 1994
- Ballard RS, Stoudemire A: Factitious apraxia. *Int J Psychiatry Med* 22:275–280, 1992
- Ballas SK: Factitious sickle-cell acute painful episodes: a secondary type of Munchausen-syndrome. *Am J Hematol* 53:254–258, 1996
- Barker JP: The syndrome of hospital addiction (Munchausen syndrome): a report on the investigation of seven cases. *Journal of Mental Sciences* 108:107–182, 1962
- Barker LH, Howell RJ: Munchausen syndrome by proxy in false allegations of child sexual abuse: legal implications. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 22:499–510, 1994
- Bauer M, Boegner F: Neurological syndromes in factitious disorder. *J Nerv Ment Dis* 184:281–288, 1996
- Bhugra D: Psychiatric Munchausen's syndrome: literature review with case reports. *Acta Psychiatr Scand* 77:497–503, 1988
- Blix S, Brack G: The effects of a suspected case of Munchausen's syndrome by proxy on a pediatric nursing staff. *Gen Hosp Psychiatry* 10:402–409, 1988
- Bools C: Factitious illness by proxy; Munchausen syndrome by proxy. *Br J Psychiatry* 169:268–275, 1996
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR: Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 67:77–79, 1992
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR: Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 69:625–630, 1993
- Bools C, Neale B, Meadow R: Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse Negl* 18:773–788, 1994
- Brady MM: Munchausen syndrome by proxy: how should we weigh our options? *Law and Psychology Review* 18:361–375, 1994
- Brownlee S: Mother love betrayed: a rare psychiatric disorder turns parents into tormenters (<http://www.usnews.com/usnews/issue/munch.htm>). *U.S. News and World Report*, April 29, 1996
- Burge CK, Lacey JH: A case of Munchausen's syndrome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 14:379–381, 1993
- Byard RW, Burnell RH: Covert video surveillance in Munchausen syndrome by proxy: ethical compromise or essential technique? *Med J Aust* 160:352–356, 1994
- Cappucci DT Jr, Flemming SL: Medical observations of malingering in Iraqi enemy prisoners of war during Operation Desert Storm. *Mil Med* 159:462–464, 1994
- Carney MWP: Artefactual illness to attract medical attention. *Br J Psychiatry* 136:542–547, 1980
- Chantada G, Casak S, Plata JD, et al: Children with fever of un-