

Etimológicamente, simular es representar o hacer creer algo que no es verdad con palabras, gestos o acciones. En el ámbito de la psiquiatría clínica, la simulación no suele aparecer de forma frecuente y cuando lo hace, una vez confirmada, no se diagnostica un trastorno mental sino un problema que puede ser objeto de atención clínica sólo en casos muy concretos. Aunque la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo en situaciones extremas (fingir una enfermedad cuando se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra), se admite en general, que se trata de una conducta consciente, retorcida y, a veces hasta violenta, que casi siempre oculta, como comportamiento fraudulento, algún tipo de interés forense, ya que la simulación de un trastorno mental siempre se realiza para obtener, a expensas del engaño, un beneficio concreto (ej. una baja laboral o la jubilación), eludir una sanción o multa y en otros casos, perjudicar a un tercero (casos de divorcios, custodia, etc.).

Para muchos autores, la base de la simulación radica en el mimetismo animal empleado para superar situaciones de riesgo, de ahí que los dos cuadros más frecuentemente simulados sean las convulsiones y la inhibición o rigidez motora, ambas reacciones biológicamente preformadas para, respectivamente, huir (tempestad de movimientos) o para pasar desapercibido (inmovilidad) frente a un perseguidor. Aunque hay referencias antiguas sobre la simulación de enfermedades físicas ya en la obra de Hipócrates y en la de Galeno (Tratado sobre enfermedades simuladas), se atribuye a Juan Bautista Silvaticus (1595) hablar por primera vez de simulación de enfermedades mentales y posteriormente a Ambrosio Tardieu como el primer autor que profundiza sobre ello en su Estudio médico-legal de la locura (1872), siendo un texto descriptivo de referencia todavía en la actualidad.

La simulación mental, aunque pueda parecer lo contrario, es difícil que pase desapercibida a un profesional, y más con experiencia, porque siempre se emula lo que atribuimos vulgarmente a un “loco”, imitando más o menos superficialmente (y hasta puerilmente) conductas o síntomas aislados, no así la sintomatología clínica completa del trastorno. Así, con entrenamiento se puede llegar a simular una crisis convulsiva epiléptica pero muy difícilmente otras connotaciones clínicas típicas del enfermo epiléptico, ahí lo pillamos; lo mismo pasa con otras enfermedades mentales como depresiones (todo no es llorar y poner mala cara), trastornos delirantes (fijándonos en la indiferencia con que cuenta su relato), etc. Volviendo a la epilepsia, señalar que ha sido precisamente su simulación, uno de los cuadros mentales producidos con más frecuencia de forma artificial a lo largo de la historia, baste señalar la corriente observación de médicos napoleónicos en soldados del frente de batalla con el fin de ser apartados de éste, y es uno de los que más se siguen simulando en determinados contextos. Yo particularmente es, en pacientes detenidos en las dependencias policiales y junto a la simulación del síndrome de abstinencia opiácea, lo que más observo entre los toxicómanos con el fin de abandonar el calabozo y llegar al hospital donde “confirman” su enfermedad, siempre para conseguir algo directa o indirectamente: un beneficio legal, para abandonar momentáneamente su claustro, etc. También diré que a nivel ambulatorio, la simulación de la Depresión es lo que puedo ver con más frecuencia y casi siempre es para obtener una baja laboral.

Con respecto a la Disimulación, decir que es el reverso de la medalla de todo lo arriba expuesto. Disimular, en el diccionario, es ocultar con astucia o habilidad lo que se siente o se padece. La disimulación en medicina es una actitud consciente, también con el fin de obtener un concreto beneficio, de ocultar síntomas o enfermedades físicas así como, lo que nos atañe a nosotros en esta sección, trastornos mentales. Estadísticamente son cuatro los cuadros que más suelen ocultarse, esto es, la paranoia, la depresión, la drogodependencia y los trastornos sexuales. Así, es de relativa frecuencia el que un depresivo grave disimule que ya no tiene ideas de suicidio con el fin de que le den el alta hospitalaria y llevar a cabo su liberador acto autolítico; otro ejemplo podría ser el toxicómano al que, en su lugar de trabajo, descubren un signo de pinchazo sobre la fosa del codo y él lo atribuye a una picadura de insecto con la finalidad clara de no perder el empleo.

El estudio de la simulación y de la disimulación, además de tener su pilar básico en la experiencia del explorador y en la observación clínica integral del falso paciente o del paciente real, con el respectivo contraste de la entidad nosológica que se quiere calcar u obviar, conlleva el estudio concreto de rasgos de personalidad como la sinceridad (recordar que sinceridad viene de sin cera, sin máscara), el grado de franqueza y la honestidad del paciente. Las técnicas para detectar mentiras, abarcan las del estudio del contenido del lenguaje, la observación de la conducta no verbal, y la utilización complementaria de test psicométricos, cada vez más estudiados. A nivel forense los que siempre se han aconsejado y empleado han sido el Test proyectivo de asociación de palabras de Jung, el Test de Apercepción Temática de Murray, el Test de Rorschach, el Inventario de Minnesota, el SIRS-2, la Gough Dissimulation Scale, etc.; hay otros muchos en fase de investigación. La continua formación de los profesionales en las herramientas de evaluación de la simulación y disimulación así como su aplicación médico-legal, es transcendental en pro de la tarea principal cuando se actúa de perito, que es el útil auxilio de la justicia.

Al margen, comentar que también se dispone de otras pruebas complementarias centradas en respuestas fisiológicas como es el uso del polígrafo; éste por cuestiones de legalidad no está previsto ni recogido en nuestro ámbito jurídico, aunque sí en los de otros países.