

¿Es la simulación de trastorno mental en militares un diagnóstico estereotipado?

García Silgo, M.¹

Sanid. mil. 2019; 75 (3): 143-151, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Desde el comienzo de la cultura occidental, la simulación de problemas mentales es descrita como un método empleado para evitar el reclutamiento militar o escapar de la guerra. Durante siglos, la asociación simulación- militar ha permanecido unida llegando a crearse, en el siglo XX, un criterio específico en los principales manuales de clasificación psiquiátrica, a pesar de que nunca hubo pruebas objetivas con las que argumentar que los militares fueran más sospechosos que otros profesionales. ¿Se ha estereotipado el diagnóstico de simulación en los militares? **Objetivo:** Reflexionar sobre si la clasificación actual de simulación de trastorno mental, que incluye el criterio específico de ser militar, se corresponde con datos empíricos. **Método:** Tras las búsquedas bibliográficas, se analizó la evolución histórica del concepto, la metodología de su detección, las consecuencias que sufren los militares cuando se les etiqueta como simuladores y los estudios de prevalencia. **Resultados:** Los contextos militares no presentan grandes tasas de simulación en la actualidad. Parece que el estereotipo simulador- militar permanece todavía en la perspectiva forense. **Conclusión:** No hay justificación empírica para incluir un criterio de sospecha de simulación específico para los militares en los manuales de diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, este criterio contribuye a estigmatizar a los militares que presentan problemas psicológicos reales y promueve la disimulación de psicopatología real. Se espera que esta reflexión sirva para ayudar a incluir factores psicosociales en el modelo biológico de la simulación, luchar contra el doble estigma asociado a los problemas mentales en militares, dignificar los problemas de salud invisibles sufridos por los soldados en las guerras y devolver el honor a los que fueron condenados o ejecutados en el pasado por padecer trastornos mentales.

PALABRAS CLAVE: Simulación, doble estigma, diagnóstico de trastorno mental, militar, disimulación.

Is malingering mental disorder a stereotyped diagnosis in the military?

ABSTRACT: From the beginning of Western culture, malingering mental problems has been described as a method used to avoid military recruitment or escape from war. For centuries, the association between malingering and the military has persisted, creating in the 20th century a specific criterion in the main manuals of psychiatric classification, albeit having no objective evidence to support members of the military as more prone to malingering than other professionals. Is the diagnosis of malingering mental disorder stereotyped in the military? **Objective:** To reflect on whether or not the current classification of malingering mental disorder is based on scientific evidence. **Method:** After carrying out bibliographical searches the following constructs were analysed: the historical evolution of the concept, the methodology of its detection, the consequences suffered by the military when they were labelled as malingerers. Finally, prevalence studies were examined. **Results:** Military contexts do not present high rates of malingering nowadays and yet it seems that malingering-military stereotype remains in the forensic perspective. **Conclusion:** There is no empirical justification to include a specific malingering criterion for military personnel in psychiatric diagnosis manuals. However, this criterion contributes to stigmatizing military personnel who present real psychological problems. In addition, it encourages dissimulation or faking good. Hopefully, the present article will help include psychosocial factors in the biological model of malingering, fight against double stigma associated with mental problems in the military, dignify the invisible wounds of war and restore the honour of those who have been condemned or executed in the past for suffering mental disorders.

KEYWORDS: Malingering, military, double stigma, mental disorder diagnosis, dissimulation.

INTRODUCCIÓN

La simulación de enfermedad mental es un fenómeno que aparece a lo largo de la historia, dándose en todas las esferas sociales. La Biblia narra un caso de locura simulada en el Libro

I de Samuel (21:14, Biblia de Jerusalén) y hay documentos que recogen casos de simulación de problemas mentales con fines políticos y de medro personal ya desde la Atenas y Roma antiguas^{1,2}. Sin embargo, es en los contextos militares donde la simulación de enfermedad quedó más asociada, a pesar de que nunca hubo pruebas objetivas de detección de simulación de problemas mentales ni estudios de prevalencia que confirmaran lo que parecía ser una verdad para todos. Desde el origen de la cultura occidental hasta nuestros días, la simulación es descrita como un método constante entre los soldados para evitar el reclutamiento militar o escapar de la guerra. Son múltiples las referencias históricas, empezando por la célebre locura simulada de Ulises para no ir a la Guerra de Troya³ o los comentarios en el *Tratado de*

¹ Capitán Psicólogo. Doctora en Psicología. Inspección General de Sanidad de la Defensa (España).

Dirección para correspondencia: Teléfono: +34 914222968. Email: mgarsil@et.mde.es

Recibido: 21 de marzo de 2019

Aceptado: 25 de junio de 2019

doi: 10.4321/S1887-85712019000300004

los Aires, de las Aguas y de los Lugares de Hipócrates². Incluso la etimología de *malingering* (simulación de enfermedad) es originaria de los contextos militares⁴ y, todavía, los propios manuales de clasificación psiquiátrica incluyen la condición de ser militar entre los criterios de sospecha de simulación.

Esta asociación simulación- militar, se produjo de manera natural como consecuencia de un conjunto de factores. En primer lugar, hay un pasado bélico intrínseco a la historia de la humanidad que no se puede negar, sobre todo hasta la Larga Paz⁵ y la Nueva Paz⁶. Debido a este pasado, los ejércitos necesitaban reclutar a miles o millones de hombres para su fin y, el fin, consistía, no pocas veces, en morir. De tal modo que, la simulación se asoció a la milicia de manera intuitiva, pues se daba por hecho que sería empleada por muchos. Ayudó a ello, el hecho de que los expertos del pasado clasificaran a los soldados bajo la dificultad que acompaña al diagnóstico de problemas «invisibles», sin contar con pruebas objetivas y, como señalan Vautier, Andruetan, Clervoy y Payen⁷ estando sometidos al conflicto de rol por la presión que ejercía la cadena de mando.

En segundo lugar, los Gobiernos tenían interés explícito en que los problemas psicológicos causados por las guerras se clasificaran como simulación⁸, por ser esta sinónimo de cobardía o deslealtad⁹⁻¹² ya que esta solución era mejor que tener que indemnizar y, además, siempre podían encontrar profesionales con prestigio que defendieran esta opción como, por ejemplo, el neurólogo Gordon Holmes¹³, los médicos que formaron parte del Comité de Investigación de Southborough¹³ o Sir John Collie^{14,15}. En tercer lugar, la cultura militar tiene arraigados estereotipos sobre la masculinidad¹⁶⁻¹⁹, la fortaleza, el honor o la lealtad, que importan, incluso, a nivel nacional^{17,20} y que son incompatibles con los problemas mentales –reales o simulados– generando, así, un doble estigma: el asociado al propio problema mental^{21,22} y el asociado a la sospecha de simulación²³⁻²⁵. Este doble estigma condujo a que, ante la ausencia de pruebas objetivas y la imposibilidad de encontrar daño orgánico en los problemas psicológicos, resultara fácil clasificarlos como débiles, cobardes, desleales o simuladores, pues todos estos términos se percibían como actos voluntarios e intencionados de evitación del deber. En último lugar, la exclusión de la perspectiva psicosocial de la comprensión de los problemas mentales²⁶ y la inclusión de los problemas psicosociales en la categoría de enfermedad física²⁷⁻³⁰ no ayudó a que el debate de la simulación fuera multidisciplinar e integrara factores no médicos.

Así, la hipótesis de la simulación en militares –que nació sesgada por la dificultad asociada al diagnóstico de problemas invisibles, el conflicto de rol en la toma de decisiones, los estereotipos, el doble estigma, la visión biológica de los trastornos mentales y los intereses de los Gobiernos y algunos profesionales– acabó refrendándose por no pocos expertos³¹⁻³⁶ y por los propios manuales de diagnóstico psiquiátrico³⁷⁻⁴¹. También hay excepciones, como la denuncia de Sigmund Freud ante la Comisión para la existencia de felonías de guerra constituida al final de la I Guerra Mundial⁴² o las reflexiones de algunos autores^{7,8,13,15,43-45}.

Parece necesario, por tanto, explorar la simulación de trastorno mental en militares, con el fin de: dignificar los problemas de salud invisibles sufridos por los militares en las guerras; reconocer el honor de miles de soldados estigmatizados, condenados o ejecutados en el pasado por padecer trastornos mentales

reales; luchar contra el doble estigma asociado a los problemas mentales en contextos militares; prevenir la disimulación de psicopatología a la que los militares pueden recurrir para huir de la estigmatización; e incluir factores no médicos en el modelo biológico de los problemas mentales –en línea con Wade y Halligan⁴⁶– y de la simulación –como proponen Bass y Halligan⁴⁷–.

MÉTODO

Se realizaron búsquedas bibliográficas con las palabras clave «*malingering* AND (military OR soldier OR veteran)» en las bases de datos científicas más importantes. Los años de búsqueda se comprendieron entre 1847 y 2018. Los resultados fueron de 134 publicaciones en PsycINFO, 109 en MEDLINE, 7 en la Colección de psicología y ciencias del comportamiento y 7 en PsycARTICLES. Se seleccionaron aquellos trabajos que mostraran aportes significativos y datos empíricos acerca de la historia de la simulación, la detección de simulación y la prevalencia de simulación.

RESULTADOS

La detección de simulación de enfermedad en los ejércitos

Ninguna otra organización como los ejércitos, necesitó nunca movilizar a grupos tan numerosos de hombres para fines tan sangrientos. Por eso, la historia de la detección de simulación tiene su origen en las guerras del pasado. Los médicos militares siempre se encontraron con el problema de discriminar entre los que dar de baja por padecer enfermedades reales y los que mantener en activo por fingirlas. En la Edad Antigua, Galeno desarrolló el primer tratado de enfermedades simuladas basándose en las observaciones a esclavos, en donde enumeró las simulaciones más frecuentes en su tiempo y dio reglas para diferenciar los dolores reales de los fingidos². Durante la Edad Media, la decisión sobre los que fingían para no ser reclutados residía en la Iglesia, mientras que, en la Edad Moderna, dicha decisión se profesionaliza en la figura del médico y se tecnifica mediante el desarrollo de guías de detección de simulación. Los autores de esta época dedicaron grandes esfuerzos a la detección simulación de enfermedades, estudiaron el papel que le estaba reservado al médico en el descubrimiento del fraude, expusieron preceptos generales para descubrirlo y analizaron las enfermedades que solían fingirse. Los autores más destacados de esta época fueron Ambrosio Paré –considerado el padre de la sanidad militar–, Paolo Zacchias –padre de la medicina forense– o, en España, Cristóbal Pérez de Herrera.

En la Edad Moderna, por tanto, la evaluación psicofísica de los militares se realiza de forma más objetiva apareciendo, no solo las primeras guías exhaustivas de detección de simulación sino, también, el concepto de informe pericial, los primeros tribunales de expertos y la metodología observacional. En el siglo XVII se realiza la primera pericia militar psiquiátrica⁴⁸ y, en el XVIII, Dominique Larrey –médico conocido por introducir los principios de la sanidad militar moderna– solicita crear un comité de expertos para estudiar los casos que (en el ejército de Napo-

león) se habían clasificado como automutilaciones voluntarias, determinando, dicho tribunal, que las mutilaciones se debían a la inexperiencia de los reclutas, lo que llevó a exonerar a 3000 soldados de la ejecución⁷. También se ordenaba en esos años, el ingreso de los «locos» en centros específicos u hospitalarios para observarlos durante varias semanas e incluso meses, lo que tenía una intención evidente de detectar simuladores⁴⁸.

En la Edad Contemporánea, esta metodología se afianzó y generalizó. Siguió redactándose guías, como las de: Belloc, Stier, Golbert, Marc, Fodere, Souville, Borie, Fallot, Kirchoff, Marshall, Devergié, Orfila, Taylor o Bernard. En España, según Lozano et al.⁴⁹, la obra más completa fue la de Díaz Alcrudo de 1850, aunque hubo numerosos autores destacados, como Merino Delgado⁵⁰, Arguello⁵¹ o Slocker⁵²—médico militar cuyo tratado de las enfermedades simuladas sirvió de guía a los médicos militares españoles de su época y posteriores²—. La primera guía sistemática en inglés redactada para el contexto militar fue la de Hector Gavin⁵³, que recibió el premio *Professor of Military Surgery* de la Universidad de Edimburgo en abril de 1835⁵⁴. Por su parte, la metodología observacional empleada en la Edad Moderna, continuó empleándose en la Contemporánea. El Reglamento de Hospitales Militares en España de 1884 especificaba que los «dementes» debían ser atendidos en departamentos específicos donde pudieran ser observados sus actos y el fingimiento o verdad de sus trastornos⁵⁵. En el siglo XX los soldados sospechosos de simular siguieron siendo ingresados para ser observados, por ejemplo, los de la Gran Guerra⁵⁶, los de la Guerra Civil española² o los de la II Guerra Mundial⁵⁷. De este modo, la precisión en la detección se mejoró en las guerras del momento, como en la Guerra Civil americana⁵⁸ o en la I Guerra Mundial en el frente británico⁴⁵.

Hacia la II Guerra Mundial, destacan las publicaciones de simulación de problemas mentales en militares, caracterizadas por clasificar los distintos tipos de simulación, compararla con los cuadros psicopatológicos descritos en esos años y dar consejos o claves para su detección y diagnóstico⁵⁹⁻⁶⁸. En estos años, se empezaron a desarrollar otras técnicas de detección. Algunas, demostraron una dudosa eficacia, como el Test de Rorschach^{35,69}, los electroencefalogramas⁶⁹ o el uso drogas^{24,70-72}—técnica ya utilizada a mediados del siglo XIX⁴³—. Mientras tanto, la psicología científica recogió mejores resultados. Hunt y Older⁶⁵ señalaron la posibilidad de emplear un examen psicométrico con fiabilidad estadística para comparar a simuladores con débiles mentales. Por su parte, Meehl y Hathaway⁷³, convencidos de la necesidad de diferenciar entre simuladores y disimuladores, introdujeron varios métodos de detección en el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*⁷⁴. Además, distintos autores comenzaron a evaluar la sospecha de simulación en investigaciones controladas con indicadores objetivos^{65,75-78}. En los años posteriores, se consolidaron las tres áreas fundamentales de investigación en detección de simulación: Los índices de detección, los diseños de validación y la metodología estadística⁷⁹.

Los índices de detección se elaboraron empleando estrategias de inverosimilitud de los síntomas y de amplificación de los síntomas informados⁸⁰. Por su parte, los diseños de validación en muestras controladas—*controlled trial*—, que se habían desarrollado a mediados del siglo XX, se afianzaron en los años 90⁸¹⁻⁸⁵ y se consolidaron a principios del siglo XXI mediante el empleo

de diseños específicos para la detección de simulación, como los grupos de análogos⁸⁶⁻⁹⁰—*analogue group*—, los grupos de diagnóstico conocido⁹¹—*known groups*—, las medidas autosuficientes^{84,92}—*bootstrapping comparisons*—o la prevalencia diferencial⁹³—*differential prevalence*—. Por último, la metodología estadística aplicada a la detección de simulación, se focalizó en tres tipos de análisis de datos⁷⁹: la precisión clasificatoria mediante el análisis del área bajo la curva o curvas COR, las correlaciones con otros indicadores y el análisis de las diferencias estadísticamente significativas en los grupos mediante ANOVAs o MANOVAs incluyendo el tamaño del efecto.

En conclusión, se puede decir que el nivel de precisión en la detección de simulación de problemas mentales mejoró a partir de la Edad Moderna, perfeccionándose en la Contemporánea llegando, a finales del siglo XX y principios del XXI, al empleo de procedimientos empíricamente validados. Sin embargo, no hay que olvidar que estos no evitan cometer errores ni, tampoco, crear polémicas por usar la etiqueta de simulación (ver la controversia del *Madigan Army Medical Center* o la de Brannan contra Humphrey en: Weiss y Van Dell⁹⁴).

Las consecuencias de ser sospechoso de simular cuando se es militar

Reflexionar sobre la simulación en militares requiere, necesariamente, incluir las consecuencias que tiene para ellos ser etiquetado como simulador. Porque con independencia de si los ejércitos eran voluntarios, o forzosos, o si había, o no, mejores métodos de detección de simulación, lo cierto es que los militares han recibido un trato desfavorable cuando—supuestamente— fingían—o sufrían problemas invisibles reales—, siendo una constante histórica que la simulación en militares ha sido perseguida y severamente castigada. Por ejemplo², en Esparta, los soldados eran condenados con pena capital hasta que Charondas de Lantania impuso penas de vergüenza pública, como exponerlos vestidos de mujer. Por su parte, Augusto los vendía como esclavos y, en los reinados de los emperadores Constantino, Valentín y Valentiniano, se les marcaba con hierro al rojo, sin perjuicio de ser utilizados después como soldados. Más adelante, en Las Cruzadas, se les colgaba de la ropa una rueca y un huso (por ser este un símbolo femenino). En la Edad Moderna, en concreto, en la España de 1730 a 1789, los llamados «vagos» eran encuadrados en regimientos de veteranos que enviaban después a Italia, norte de África o Indias⁹⁵.

En cuanto al castigo más severo que se podía aplicar por simular—la ejecución—, empleado desde la Edad Antigua, siguió vigente en el ejército napoleónico⁷, en el frente británico de la Gran Guerra^{12,13}, en las Fuerzas Armadas Unificadas de la Alemania Nazi¹¹ o en el de los Estados Unidos¹⁰ de la II Guerra Mundial. Hace solo cuatro años (el 13 de enero de 2015), en los Estados Unidos, se ejecutó a un excombatiente de Vietnam por cometer un crimen en el año 1998 bajo la influencia de problemas mentales que, según Weiss y Van Dell⁹⁴, se banalizaron y clasificaron como fingidos durante el juicio.

Las penas que reciben ahora los militares se basan, fundamentalmente, en la privación de libertad. En España, por ejemplo, simular enfermedad o lesión o provocársela a uno mismo o a otro con el objetivo de eximirse del servicio o del deber, son

delitos contra los deberes del servicio (artículos 52 y 59 del Código Penal Militar; CPM). También se contempla en el CPM (art. 55) la simulación mediante falsedad documental (como entregar partes médicos falsificados o con fechas modificadas). El castigo mínimo es de seis meses a tres años y, el máximo, de cuatro a diez años, dependiendo de la situación nacional (tiempos de paz, conflicto armado, estado de sitio o circunstancias críticas). Otros delitos pueden estar relacionados con la simulación en militares, como por ejemplo el abandono de destino o residencia (Art. 56 CPM), la desertión (Art. 57 CPM) y el quebrantamiento especial del deber de presencia (Art. 58 CPM). En estos supuestos, la simulación aparecería con posterioridad al delito, bien para justificar la conducta delictiva, bien para evitar la pena de prisión.

El intento de suicidio también podría ser un delito, si su intención fuera evitar el servicio (artículo 59), porque se interpretaría como un acto de deslealtad. En los Estados Unidos, el Código Uniforme de Justicia Militar castiga la simulación y el intento de suicidio en el artículo 115. Además, cuando el intento de simulación (o suicidio) pudiera perjudicar el orden y la disciplina, la interpretación se haría desde el artículo 134. Un ejemplo de esto⁹⁶, es el caso de un soldado estadounidense que había regresado hacia cuatro meses de Arabia Saudí, cuando fue desplegado de nuevo durante seis meses en Corea del Sur. El soldado intentó suicidarse ingiriendo veinte píldoras de Benadryl[®]. Su superior, preocupado por la moral de su batallón si a este soldado se le permitía «simplemente irse a su casa», consultó con la Justicia Militar y se presentaron cargos en su contra por el artículo 134, pero también por el artículo 115. El soldado fue encontrado ahorcado en su celda el día anterior al consejo de guerra.

El doble estigma

Ante la sospecha de simulación, existe otro castigo que no está regulado por la Justicia Militar pero sí por variables incluidas en la cultura y el clima organizacional de los ejércitos, como es el estigma (entendido según Crocker, Major & Steele,⁹⁷ Goffman,⁹⁸ Jones et al⁹⁹ y Link y Phelan¹⁰⁰) asociado a los problemas mentales reales (en línea con: Corrigan,¹⁰¹ Corrigan y Kleinlein,¹⁰² Mak, Poon, Pun y Cheung¹⁰³ y Pascoe y Smart Richman¹⁰⁴) o a los supuestamente simulados^{23,24,105,106} en contextos militares^{21,22,107,108}. El temor a los efectos del estigma por suponer rechazo y un impacto negativo en la carrera militar se ha encontrado en militares israelíes¹⁰⁹, alemanes¹⁰⁶, norteamericanos^{21,22}, británicos¹¹⁰ o canadienses^{111,112}.

En la cultura militar, los problemas mentales son sinónimo de debilidad^{22,106,113} y de sospecha de simulación^{23,24,106} a partes iguales, incluso pueden llevar etiquetas peyorativas como⁹⁴ *gandul* (*shirker*), *vago* (*slacker*), *holgazán* (*idler*), *perezoso* (*layabout*, *dead-beat*), *descanso de oro* (*gold brick*) o *escoria*¹¹⁴ (*scum*). En España también se emplea el término «jeta» (que no tiene traducción al inglés). Un ejemplo de los efectos del estigma en militares en tiempos de guerra, es el episodio conocido como *The slapping incident*¹¹⁵ (El incidente de la bofetada), sucedido en la Campaña de Sicilia, en agosto de 1943, entre el General George S. Patton y dos soldados, Kuhl y Bennett. Durante la visita del

General al 15º Hospital de Evacuación, le preguntó al soldado Kuhl qué heridas tenía, a lo que este respondió que tenía «nervios» más que heridas. Entonces, Patton le abofeteó, agarró por el cuello y arrastró por el suelo mientras le insultaba. Unos días más tarde sucedió algo parecido con el soldado Bennett en el 93º Hospital de Evacuación.

El doble estigma, por tanto, conduce a los militares con problemas psicológicos reales, a tener tanto miedo a ser percibido como simulador (*vago*, *holgazán*, *escoria*, *jeta*, etc.) como a ser percibido como débil, pues ambas etiquetas son igualmente peyorativas, al ir en contra de los principios morales de la cultura militar.

Aproximadamente el 60% de los militares que experimentan problemas mentales no buscan ayuda¹¹⁶, por lo que se verán obligados a disimular su trastorno –entendida la disimulación en línea con Baer, Rinaldo y Berry¹¹⁷ y Paulhus¹¹⁸–. Aunque la incidencia de la disimulación de psicopatología en el entorno castrense es desconocida, su uso es frecuente para evitar el estigma que acompaña al diagnóstico de trastorno mental con el correspondiente impacto negativo en la carrera¹¹⁹. A pesar de que algunos autores han llamado la atención sobre la importancia de contemplar la disimulación en militares^{36,65,66,68,119-121}, todos los esfuerzos se dirigieron siempre a detectar simulación. Sin embargo, la disimulación también puede acarrear serias consecuencias negativas en el militar, su unidad, su familia, su entorno e, incluso, su país. Ejemplo de esto, es lo que sucedió el 11 de marzo de 2012 en Afganistán, cuando el suboficial Robert Bales asesinó a 16 civiles afganos e hirió a otros seis. Este hecho, conocido en los medios de comunicación como la Masacre de Kandahar, se ha explicado, entre otros, como un problema de disimulación y estigma¹²². Por tanto, el fenómeno de la disimulación provocado por el miedo al doble estigma, no debe quedar fuera del debate.

En conclusión, se podría decir que, en contraposición a las decisiones basadas en la evidencia científica, en el pasado se decidía bajo la influencia de los estereotipos y el estigma pues, como se está demostrado recientemente^{111,123}, los profesionales de la salud no están exentos de estigma hacia los problemas mentales. Más aún cuando deciden bajo la presión de la cadena de mando⁷ ante la crisis de mano de obra por bajas en combate^{13,45} y, además, cuentan con el aval de profesionales reconocidos¹³⁻¹⁵. De tal modo que resultó relativamente fácil asociar los problemas psicológicos de los soldados a debilidad, cobardía o simulación⁹⁻¹². En mayor o menor medida, este doble estigma perdura hoy en los ejércitos, al igual que el criterio de sospecha de simulación específico para los militares se mantiene todavía en los principales manuales de clasificación psiquiátrica y en la perspectiva forense.

Prevalencia de simulación de problemas mentales en militares

El estudio de la prevalencia de simulación es complejo y controvertido. Primero, porque los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita conocer su incidencia real¹²⁴. Segundo, porque los criterios diagnósticos que definen la simulación han sido hace poco establecidos¹²⁵ y aún así son demasiado limitados, no constituyendo un método confiable de detección de simulación al poder conducir fácilmente a crear falsos positivos¹²⁶. Tercero, porque los clínicos son reacios a ha-

¿Es la simulación de trastorno mental en militares un diagnóstico estereotipado?

cer informes favorables de simulación¹²⁷ debido a que un gran número de diagnósticos deben ser descartados antes de diagnosticarla¹²⁸, a que una clasificación errónea de simulación puede llevar a la estigmatización y a la subsecuente inhabilitación para recibir tratamientos adecuados²⁵ y a que, al etiquetarlo como simulación, los clínicos se enfrentan a la posibilidad de ser demandados por difamación e incluso a ser agredidos físicamente¹²⁹. Cuarto, porque la expectativa de encontrar este patrón es más común en el área forense que en el clínico, aunque esto no sea siempre cierto^{10,124,130-133}, provocando que los profesionales que evalúan psicopatología en contextos no forenses no lo tengan en cuenta. Quinto, porque la simulación presenta una tasa variable en función del contexto que se analice^{131,134}. Por último, porque se trata de un patrón de compleja evaluación que requiere de sus propios métodos y estrategias empíricamente validados, que no todos los profesionales que evalúan salud mental conocen.

Dicho lo anterior, es comprensible la ausencia de datos empíricos de prevalencia de simulación en contextos militares o civiles. Aun así, y en contra del estereotipo, en no pocas ocasiones se ha señalado que la simulación en militares es poco frecuente. Por ejemplo, las supuestas automutilaciones con fines evitativos en soldados del ejército de Napoleón, en realidad, eran accidentes debidos a la inexperiencia⁷ y los problemas psicológicos que se consideraban fingidos eran, en realidad, verdaderos en soldados de la Unión Soviética¹³⁵, de la I Guerra Mundial o periodo de entre guerras^{56,134-139}, en la Guerra Civil española², en soldados¹⁰ y marineros¹⁴² de los Estados Unidos en la II Guerra Mundial o en la de Vietnam¹⁴³.

Estudios recientes en población militar reflejan esta misma realidad. Lande y Williams¹⁰ concluyen que, de las 28.065.568 visitas que hicieron los militares estadounidenses a los centros de salud, entre los años 2006 y 2011, solo 985 (0,004%) fueron casos de simulación. En otro estudio¹³² con militares en servicio activo de los Estados Unidos, que analizaba la incidencia de simulación en 15 años (de 1998 a 2012), se refleja una incidencia de 4,456 diagnósticos primarios (tasa anual de 2,08 casos por cada 10.000 militares) y 2,308 diagnósticos secundarios (tasa anual de 1,08 por 10.000 militares). De estos, solo 164 diagnósticos primarios (0,08 por 10.000) y 65 secundarios (0,03 por 10.000) –incluyendo también el trastorno facticio–, ocurrieron durante despliegues.

Desde el punto de vista de la Justicia Militar, el delito de simulación o inutilización voluntaria en militares españoles se registró en siete ocasiones, entre los años 2000 y 2016, de un total de 4.089 delitos militares¹⁴⁴. Incluso cuando el servicio militar era obligatorio en España, por ejemplo, entre los años 1976 y 1986, se registraron 9 casos de un total de 6.286 delitos¹⁴⁵. Por otra parte, desde el punto de vista de la Sanidad Militar, no se pueden extraer datos concluyentes porque los profesionales que evalúan la salud mental de los militares –incluso en contextos forenses– no lo hacen desde el ámbito jurídico¹⁴⁶, por lo que es muy difícil que clasifiquen a un militar con el código de simulación de trastorno mental. Por ejemplo, en España, la Junta Médico Pericial Psiquiátrica (JMPP) –en donde se evalúa la veracidad, la causa y las consecuencias de los trastornos mentales de los militares–, determinó que, entre el año 2000 y 2018 hubo, aproximadamente (recuento manual), 400 militares de un total de 2040 que fueron clasificados como «útiles y aptos» (información facilitada por la JMPP). Por tanto, solo se conoce, por un lado,

el número de militares que causan baja por un trastorno mental objetivamente demostrado y basado en pruebas y, por otro, los que, tras un periodo de baja médica, se recuperan para el servicio. Por lo que no hay registro alguno de simulación.

Hay estudios de prevalencia de simulación en países con un sistema de reclutamiento obligatorio indicando una tasa de entre el 5 y el 25%¹⁴⁷. Por ejemplo, Vetter et al.⁹¹ encontraron una tasa del 4,72% en fases de reclutamiento en el ejército suizo en el año 2003 y Iancu et al.¹⁴⁸ registraron una del 25% en soldados demandantes de servicios de salud del ejército israelí. Pero los instrumentos de medida empleados en ambos estudios tienen una baja especificidad y no cuentan con escalas fiables de detección de simulación. En particular, la escala PST (de SCL-90-R) se construye con el número de elementos superiores a cero, por lo que es una escala de exageración de síntomas múltiples. Pero exagerar no es equivalente a simular. De hecho, la exageración puede deberse a muchas razones, como la angustia hacia la evaluación en sí misma, la desconfianza hacia que si muestra la psicopatología real esto no será suficiente para requerir una baja médica o ayuda del especialista, o la desesperanza ante la circunstancia a la que están sometidos (conscripción obligatoria).

Por otra parte, los criterios de sospecha de simulación en los que se basaban los evaluadores de Iancu et al.¹⁴⁸ –inconsistencias, quejas extravagantes, exageración de los síntomas y ganancia secundaria–, aunque son los típicos indicios de sospecha empleados por los evaluadores, son indicios estereotipados. En contra de la intuición, diferentes autores han señalado que las mentiras no son fácilmente detectables por los evaluadores^{134,150-153} y, además, los indicios como la exageración o las inconsistencias no demuestran por sí mismo ni que haya simulación^{133,154,155} ni que no haya un trastorno genuino¹⁵⁶.

Si bien, que el reclutamiento sea obligatorio o voluntario es una variable a considerar por los evaluadores, esto no debe conducir a crear más sospechosos en los ejércitos de reemplazo, pues este no sería un criterio de ayuda a la hora de tomar una decisión objetiva y justa, sin embargo, sí que podría conducir a tomar decisiones estereotipadas.

Consideraciones finales

Aunque se desconozca hasta qué punto los militares exageran¹⁵⁷ o haya autores señalando una incidencia de simulación en militares muy baja y, además, se conozca que la tasa de simulación en diferentes contextos civiles es alta¹⁵⁸⁻¹⁶⁵, el criterio diagnóstico de ser militar sigue estando incluido en los principales manuales de clasificación psiquiátrica y, a la vez, no hay ninguna otra ocupación o profesión que sea percibida como sospechosa de simular.

A pesar de que los estudios de prevalencia en otros contextos señalan mayores tasas de simulación que en el militar, el criterio de ser militar sigue siendo motivo de sospecha en los manuales de diagnóstico ¿Es que los maestros, abogados, policías, bomberos, electricistas, camareros, etc. no son posibles simuladores como para incluir su ocupación entre los criterios de sospecha? ¿Porqué al militar sí? ¿A quién beneficiaba este criterio cuando se incluyó y porqué se sigue manteniendo? ¿Hay temor a eliminar-

lo? ¿Que relación hay entre, por un lado, la invención del Trastorno de Estrés Postraumático en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980) junto con la inclusión, ese mismo año y en este mismo manual, del criterio de ser militar en el diagnóstico de simulación y, por otro lado, los veteranos de guerra de Vietnam de los Estados Unidos? ¿De verdad este criterio alentaría el derrotismo en tiempos de baja moral?

La simulación no está relacionada con la ocupación o profesión, sino con la complejidad del contexto biopsicosocial en el que se encuentre la persona. Mientras los criterios de sospecha de simulación se sigan basando en un modelo criminológico estereotipado y no en criterios empíricos, dichos criterios seguirán fomentando los estereotipos y el estigma, lo cual no ayuda a reducir el miedo al doble estigma en población militar, con el impacto negativo que ello conlleva.

Las decisiones judiciales sobre enfermedad mental han sido a veces criticadas por su simpleza, sin embargo, Finkel y Handel¹⁶⁶ demostraron que la simpleza no residía en los jueces, sino en las pruebas médicas con las que éstos tenían que decidir. Incluso, ahora que los expertos cuentan con procedimientos empíricos de evaluación, el psicodiagnóstico sigue siendo una tarea delicada. Así, existen instrumentos de medida validados, hay cierto reconocimiento al estigma asociado a los problemas mentales e independencia entre el profesional de la salud mental y la cadena de mando, por lo que tan solo falta desarrollar y validar un modelo biopsicosocial de los problemas mentales y de su simulación, como han propuesto, respectivamente, Wade y Halligan⁴⁶ o Bass y Halligan⁴⁷. Este modelo sería suficientemente amplio como para diferenciar entre contextos e incluir un amplio abanico de variables psicosociales, en el que ninguna ocupación o profesión debería estar estereotipada.

Is malingering mental disorder a stereotyped diagnosis in the military?

INTRODUCTION

Malingering mental disorders is a phenomenon that appears throughout history, occurring in all social spheres. The Bible narrates a case of malingering insanity in Book I of Samuel (21:14, Bible of Jerusalem) and there are documents recording cases of malingering for political purposes and personal gain from ancient Athens and Rome^{1,2}. However, it is in military contexts where malingering has been most associated, although there have been no empirical methods employed to detect malingering mental problems nor any prevalence studies that confirmed what everyone seems to take as true. From the origin of Western culture to the present day, malingering is described as a constant method among soldiers to avoid military conscription or escape from war. There are many historical references, starting with the famous malingering madness of Ulysses to avoid going to the Trojan War³ or the comments in the *Treaty of the Air, the Waters and the Places* of Hippocrates². Even the etymology of malingering originated from military contexts⁴ and today the psychiatric classification manuals themselves still include the condition of

being a member of the military among the criteria for suspecting malingering.

This malingering-military association occurred naturally as a consequence of a set of factors. In first place, it cannot be denied that war has been intrinsic to the history of humanity, especially until the Long Peace⁵ and the New Peace.⁶ Because of this past, armies needed to recruit thousands of men, for their end and, the end, consisted, not infrequently, in dying. Thus, malingering was associated with the militia intuitively, because it was assumed that it would be used by many. This was helped by the fact that experts in the past classified soldiers with the difficulty that accompanies the diagnosis of «invisible» health problems, without having objective evidence and, as Vautier, Andruetan, Clervoy and Payen⁷ point out, being subjected to a role conflict as experts due to the pressure exerted by the chain of command.

Secondly, governments had an explicit interest in classifying psychological problems caused by wars as malingering⁸, because it is synonymous of cowardice or disloyalty⁹⁻¹² and, in addition, they could always find prestigious professionals who defended this option as, for example, the neurologist Gordon Holmes¹³, the doctors who were part of the Research Committee of Southborough¹³ or Sir John Collie.^{14,15} Third, military culture has entrenched stereotypes about masculinity¹⁶⁻¹⁹ strength, honour and loyalty, which even mattered at national level^{17,20} and are incompatible with mental problems – real or malingered. Thus a double stigma originated: one associated with the mental problem itself^{21,22} and the other associated with being suspected of malingering.²³⁻²⁵ This double stigma led to the fact that, in the absence of objective evidence and the impossibility of finding organic harm in psychological problems, individuals were easily classified as weak, cowardly, disloyal or malingerers, since all these terms were perceived as voluntary and intentional acts of duty avoidance. Lastly, the exclusion of the psychosocial perspective from the understanding of mental health problems²⁶ and the inclusion of psychosocial problems in the category of physical illness²⁷⁻³⁰ did not help to make the malingering debate multidisciplinary and to integrate non-medical factors in the model.

Thus, the military malingering hypothesis –which was biased from the start due to the difficulty of diagnosing invisible health problems, the role conflict of medical experts, the stereotypes, the double stigma, the biological view of mental disorders and the own interests of governments and some professionals – ended up being endorsed by many experts³¹⁻³⁶ and by the psychiatric diagnosis manuals themselves.³⁷⁻⁴¹ There are also exceptions, such as the denunciation by Sigmund Freud into the war crimes Commission at the end of the First World War⁴² or the reflections of some other authors^{7,8,13,15,43-45}.

It seems necessary, therefore, to explore malingering mental disorders in the military, in order to recognize the invisible wounds of war and restore the honour of thousands of soldiers stigmatized, condemned or executed in the past for suffering real mental disorders. In addition, double stigma associated with mental problems in military contexts must be combated. Last but not least, the study of malingering in the military also serves to include non-medical factors in the biological model of mental disorders and malingering, in line with Wade and Halligan⁴⁶ and Bass and Halligan,⁴⁷ respectively.

METHOD

Bibliographical searches with key words «malingering AND (military OR soldier OR veteran)» were done in the most important scientific databases. Results were –from 1847 to 2018– PsycINFO with 134, MEDLINE with 109, Psychology and Behavioral Sciences Collection with 7 and PsycARTICLES also with 7. Those papers which showed significant contributions and empirical data on the malingering history, malingering detection and prevalence of malingering were selected.

RESULTS

Detecting malingering in armies

No other organization has ever needed to mobilize such large groups of men for such bloody ends as armies. Therefore, the history of detecting malingering has its origin in wars. The military doctors always found themselves with the problem of discriminating between those who drop out due to real illnesses and those who escape injury or death by faking them. In the Ancient Age, Galen developed the first treaty of simulated diseases based on observations of slaves, where he listed the most frequent types of malingering in his time and gave rules to differentiate real pains from feigned ones.² During the Middle Ages, the decision on those who claimed not to be fit for recruitment resided in the Church, while, in the Modern Age, this decision was professionalized in the figure of the doctor and systematized through the development of guides on detecting malingering. The authors of this period devoted great efforts to the detection of feigned diseases, studied the role that was reserved to the doctor in the discovery of fraud, set out general precepts to discover it and analyzed the diseases that used to be feigned. The most outstanding authors of this time were Ambrosio Paré – considered the father of military health-, Paolo Zacchias – the father of forensic medicine- and, in Spain, Cristóbal Pérez de Herrera.

In the Modern Age, the psychophysical evaluation of military personnel is carried out in a more objective way. Not only did the first exhaustive guides for detecting malingering appear, but also the concept of the expert report, the first tribunals of experts and the observational methodology. In the 17th century, the first psychiatric military expertise was established⁴⁸ and, in the 18th century, Dominique Larrey – a physician known for introducing the principles of modern military health – asked to create a committee of experts to study cases (in Napoleon's army) classified as voluntary self-licenses, determining, according to the Court, that the mutilations were due to the inexperience of the recruits, which led to exempting 3,000 soldiers from execution⁷. The confinement of the «crazy» in specific centres or hospitals was ordered in those years to observe them for several weeks or months. This measure had an obvious intention of detecting malingering⁴⁸.

In the Contemporary Age, this methodology became entrenched and generalized. Guides continued to be written, such as¹: Belloc, Stier, Golbert, Marc, Fodere, Souville, Borie, Fallot, Kirchoff, Marshall, Devergie, Orfila, Taylor and Bernard. In Spain, according to Lozano et al.,⁴⁹ the most complete work was that

of Díaz Alcrudo in 1850, although there were many prominent authors, such as Merino Delgado⁵⁰, Arguello⁵¹ and Slocker⁵² – a medical physician whose treatise on simulated diseases served as a guide to the Spanish military doctors of his time and later.² The first systematic guide in English written for the military context was that of Hector Gavin,⁵³ who received the Professor of Military Surgery award from the University of Edinburgh in April 1835.⁵⁴ For its part, the observational methodology used in the Modern Age continued to be used in Contemporary times. The Regulation of Military Hospitals in Spain in 1884 specified that the «insane» should be treated in specific departments where their acts could be observed and the pretence or truth of their disorders discovered.⁵⁵ In the 20th century, soldiers suspected of malingering continued being observed, for example, those of the Great War,⁵⁶ those of the Spanish Civil War² and those of World War II⁵⁷. In this way, detection accuracy was improved in wars of that time, such as the American Civil War⁵⁸ and the First World War on the British front.⁴⁵

In the Second World War, the publications on malingering mental problems in the military stand out, characterized by classifying the different types of malingering, comparing them with the psychopathological pictures described in those years and giving advice or keys for its detection and diagnosis.⁵⁹⁻⁶⁸ In these years, they began to develop other detection techniques. Some showed doubtful efficacy, such as the Rorschach test,^{35,69} electroencephalograms⁶⁹ or drug use^{24,70-72} – a technique already used in the mid-nineteenth century.⁴³ Meanwhile, scientific psychology achieved better results. Hunt and Older⁶⁵ pointed out the possibility of using a psychometric test with statistical reliability to compare malingering with the mentally weak. For their part, Meehl and Hathaway⁷³ convinced of the need to differentiate between fakers and dissimulators, introduced several detection methods in the Minnesota Multiphasic Personality Inventory.⁷⁴ In addition, different authors began to evaluate suspected malingering in controlled trial investigations with objective indicators.^{65,75-78} In the following years, the three fundamental areas of research in malingering detection were consolidated: detection rates, controlled trial and statistical methodology.⁷⁹

Detection rates were developed by using strategies of implausibility of symptoms and amplification of reported symptoms.⁸⁰ On the other hand, controlled trial, which had been developed in the middle of the 20th century, were confirmed in the 90s⁸¹⁻⁸⁵ and consolidated at the beginning of the 21st century through the use of specific designs for the detection of malingering, such as analogue groups,⁸⁶⁻⁹⁰ known groups,⁹¹ bootstrapping comparisons^{84,92} and differential prevalence.⁹³ Finally, the statistical methodology applied to the detection of malingering, focused on three types of data analysis:⁷⁹ the classification precision by analyzing the area under the curve or ROC curves, correlations with other indicators and the analysis of statistically significant differences in between groups by means of ANOVAs or MANOVAs including the size of the effect.

In conclusion, the precision in malingering detection improved from the Modern Age, was enhanced during Contemporary times and completed with empirically validated procedures in the late 20th Century and early 21st. However, we must not forget that this methodology is not exempt from error and may also lead to the creation of controversies by using the malingering

tag (see the Madigan Army Medical Center controversy or the Brannan vs. Humphrey controversy in Weiss & Van Dell⁹⁴).

The consequences of being suspected of malingering in the military

Reflecting on malingering in military contexts requires, necessarily, including the consequences of being labelled as a faker. Because, regardless of whether the armies were voluntary, or forced, or whether or not there were better detection methods for malingering, the truth is that those in the military have been treated unfavourably when, supposedly, were faking. Persecution and severe punishment of malingering in the military have been constant throughout History. For example,² in Sparta, soldiers were condemned with capital punishment until Charondas imposed public shaming, like exposing them dressed as women. On the other hand, Augustus sold them as slaves and, in the reigns of the emperors Constantine, Valens and Valentinian, they were marked with a red iron, without prejudice of being used later as soldiers. Later, in the Crusades, a spinning wheel and a spindle (as feminine symbols) were hung from their clothes. In the Modern Age, in particular, in Spain from 1730 to 1789, the so-called «lazy» were forced into regiments of veterans who were later sent to Italy, North Africa or the Indies⁹⁵.

As for the most severe punishment that could be applied for supposed malingerers – execution – used since the Ancient Age, it remained in force in the Napoleonic army,⁷ in the Great War on the British front^{12,13} and in the Second World War in the Unified Armed Forces of Nazi Germany¹¹ and in the United States.¹⁰ Only four years ago (on 13 January 2015), in the United States, a former Vietnam veteran was executed for committing a crime in 1998 under the influence of mental problems that, according to Weiss and Van Dell⁹⁴, were trivialized and classified as malingering during the trial.

The penalties now received by the military are, fundamentally, deprivation of liberty. In Spain, for example, malingering illness or an injury or causing injury to oneself or another with the aim of exempting oneself from service or duty are crimes against the duties of the service (Articles 52 and 59 of the Military Penal Code, MPC). Malingering is also contemplated in the MPC (Article 55) by means of falsification of documents (such as providing forged medical documents or with modified dates). The minimum punishment is from six months to three years and, the maximum, from four to ten years, depending on the national situation (times of peace, armed conflict, state of siege or critical circumstances). Other crimes related to malingering in the military are abandonment of destination or residence (Article 56), desertion (Article 57) and the special breach of the duty of presence (Article 58). In these cases, malingering could appear after the crime, either to justify the criminal behaviour, or to avoid the penalty of imprisonment.

The attempt of suicide could also be a crime if its intent is to avoid service (Article 59) because it is interpreted as disloyalty. In the United States of America, the Uniform Code of Military Justice punishes malingering and attempted suicide in Article 115. In addition, if the attempt of malingering – or suicide – could harm order and discipline, the interpretation would

fall under Article 134. An example of this⁹⁶ is the case of a US soldier who had returned from Saudi Arabia four months previously, when he was redeployed for six months in South Korea. The soldier made a suicide attempt by ingesting twenty pills of Benadryl[®]. His superior, worried about the morale of his battalion if this soldier was allowed to «just go home», consulted with the Military Justice and charges by both Articles 134 and 115 were brought against him. The soldier was found hanged in his room the day before the war council hearing.

The double stigma

Given the suspicion of malingering, there is another punishment that is not regulated by the Military Justice but by organizational variables in the culture and climate of the armies, such as stigma (understood according to Crocker, Major & Steele,⁹⁷ Goffman,⁹⁸ Jones et al⁹⁹. and Link and Phelan¹⁰⁰) associated with real mental problems (in line with: Corrigan,¹⁰¹ Corrigan & Kleinlein,¹⁰² Mak, Poon, Pun & Cheung¹⁰³ and Pascoe & Smart Richman¹⁰⁴) or with the supposedly malingered ones^{23,24,105,106} in military contexts.^{21,22,107,108} The fear of the effects of stigma for supposed rejection and the negative impact on the military career has been found in militaries from Israel,¹⁰⁹ Germany,¹⁰⁶ the United States,^{21,22} the United Kingdom¹¹⁰ and Canada^{111,112}.

In military culture, mental problems are synonymous of weakness^{22,106,113} and suspected malingering^{23,24,106} in equal parts, and can even lead to derogatory labels such as⁹⁴ shirker, slacker, idler, layabout, dead-beat, gold brick,⁹⁴ scum, or, in Spanish, «jeta». ¹¹⁴ An example of the effects of stigma on soldiers in times of war is the episode known as *The Slapping Incident*, which occurred in the Campaign of Sicily in August 1943, between General George S. Patton and two soldiers. The double stigma, therefore, leads a member of the military with real psychological problems to have as much fear of being perceived as a malinger (shirker, slacker, idler, layabout, dead-beat, gold brick) as to be perceived as weak, since both labels are equally pejorative, going against the moral principles of military culture.

Approximately 60% of the military who experience mental health problems do not seek help¹¹⁶, so they will be forced to disguise their disorder (understood in line with Baer, Rinaldo & Berry¹¹⁷ and Paulhus¹¹⁸). Although the incidence of dissimulation of psychopathology in the military environment is unknown, its use is frequent to avoid the stigma that accompanies the diagnosis of mental disorder with the corresponding negative impact on the career.¹¹⁹ Although some authors have drawn attention to the importance of contemplating dissimulation in the military^{36,65,66,68,119-121} all efforts were always directed to detecting malingering. However, concealment can also lead to serious negative consequences for the soldier, his/her unit, his/her family, and even, his/her country. For instance, on March 11th 2012 in Afghanistan, NCO Robert Bales murdered 17 Afghan civilians, including nine children, four women and three men, and wounded six others. This fact, known in the media as the *Kandahar Massacre*, has been explained, among others, as a problem of dissimulation and stigma¹²². Therefore, the phenomenon of dissimulation caused by the fear of double stigma should not be left out of the debate.

¿Es la simulación de trastorno mental en militares un diagnóstico estereotipado?

In conclusion, it could be said that, in contrast to decisions based on scientific evidence, in the past, decisions were made under the influence of stereotypes and stigma since health professionals are not exempt from stigma towards mental problems,^{111,123} especially when decisions are made under pressure from the chain of command⁷ in the face of a manpower crisis due to casualties in combat^{13,45} and with the endorsement of some professionals¹³⁻¹⁵. Thus, psychological problems of the soldiers became easily associated with weakness, cowardice or malingering⁹⁻¹². To a greater or lesser extent, this double stigma persists nowadays in the military, just as the criterion of suspected malingering specific to the military is still maintained in the main psychiatric classification manuals and in the forensic perspective.

Prevalence of malingering mental problems in the military

The study of the prevalence of malingering is complex and controversial. First, because fakers actively seek not to be detected, which makes it difficult or impossible to know their real incidence.¹²⁴ Second, the diagnostic criteria that operationally define malingering in the manuals has been recently established¹²⁵ but are still limited and not reliable as a detection method, because they can easily lead to create false positives¹²⁶. Third, clinicians are reluctant to make favourable malingering reports¹²⁷ because a large number of diagnoses must be discarded before being diagnosed¹²⁶, or a misclassification of malingering can lead to the stigmatization and subsequent disqualification from receiving adequate treatments²⁵ or because by labelling someone as a malinger, clinicians face the possibility of being sued for defamation and even be physically assaulted¹²⁷. Fourth, because the expectation of finding this pattern is more common in the forensic area than among clinicians, although this is not always true^{10,124,130-133}, causing professionals who evaluate psychopathology in non-forensic contexts to ignore it. Fifth, because malingering presents a variable rate depending on the context analyzed.^{131,134} Finally, because it is a complex evaluation pattern that requires its own methods and empirically validated strategies, for which not all professionals who evaluate mental health are trained.

Despite the above, as has frequently been pointed out, military malingering is rare. For instance, alleged self-mutilations for the avoidance of conscription in Napoleon's army, in fact, were accidents due to inexperience⁷. More examples are found among soldiers of the Soviet Union,¹³⁵ the First World War or interwar period^{56,134-139}, in the Spanish Civil War², in both soldiers¹⁰ and sailors¹⁴² of the United States in World War II and in Vietnam¹⁴³, whose psychological problems were considered faked but, in reality, were true.

Recent studies of the military population reflect this same reality. Lande and Williams¹⁰ conclude that, of the 28,065,568 visits made by the US military to health centres, between 2006 and 2011, only 985 (1.074) were malingering and factitious cases. In another study¹³² of active duty servicemen in the United States, which analyzed the incidence of malingering over 15 years (from 1998 to 2012), an incidence of 4.456 primary diagnoses is reflected (annual rate of 2.08 cases per 10,000 military personnel) and 2.308 secondary diagnoses (annual rate of 1.08 per 10,000 military personnel). Of these, only 164 primary diagnoses

(0.08 x 10,000) and 65 secondary diagnoses (0.03 x 10,000), also including factitious disorder, occurred during deployments.

From the point of view of Military Justice, the crime of malingering or voluntary disablement in Spanish soldiers was recorded seven times, between 2000 and 2016, out of a total of 4.089 military crimes¹⁴⁴. Even when military service was compulsory in Spain, for example, between 1976 and 1986, there were only 9 cases out of a total of 6.286 crimes¹⁴⁵. On the other hand, from the point of view of the Military Health, conclusive data cannot be extracted because the professionals who evaluate mental health in the military – even in forensic contexts – do not evaluate within the legal sphere¹⁴⁶, so it is very difficult to classify a soldier with a malingering mental disorder code. For example, in Spain, the Psychiatric Expert Medical Board (PEMB – that evaluates the veracity, causes and consequences of mental disorders of the Spanish military) determined that between 2000 and 2018 there were approximately 400 military personnel out of a total of 2.040 that were classified as «useful and fit» (information provided by the PEMB). Therefore, all that is known, on the one hand, is the number of soldiers who are discharged for an objectively demonstrated mental disorder and, on the other, those who, after a period of medical leave, return to service.

When countries have a mandatory recruitment system, the estimated malingering rate is between 5% and 25%¹⁴⁷. For example, Vetter et al.⁹¹ found a rate of 4.72% in recruitment phases in the Swiss army in 2003 and Iancu et al.¹⁴⁶ recorded 25% in soldiers requiring health services in the Israeli army. But none of the instruments used by both studies have high specificity¹⁴⁹ and neither have reliable malingering detection scales. In particular, PST scale (from SCL-90-R) is made with the number of items rated higher than zero, so it is an exaggeration scale of multiple symptoms. But exaggeration is not equivalent to fake bad. In fact, exaggeration may be due to many reasons, such as, anguish towards the evaluation itself, distrust in showing real psychopathology, (doubting if it will be enough to require a sick leave or help), or hopelessness before the circumstance to which they are subjected (compulsory conscription).

On the other hand, the criteria for suspicion of malingering on which Iancu et al.¹⁴⁸ were based -inconsistencies, extravagant complaints, exaggeration of symptoms and secondary gain-, are stereotyped clues. Against intuition, different authors have pointed out that recognition of lies is not a simple task for evaluators^{134,150-153} and, also, signals such as exaggeration or inconsistencies, taken alone, do not necessarily imply malingering^{133,154,155} nor the existence of a genuine disorder¹⁵⁶.

It seems obvious that the type of recruitment (mandatory or voluntary) is a variable to be considered by the evaluators, but this should not lead to identifying more suspects when compulsory conscripts, because this would not be a helpful criterion when making an empirical and fair decision, however, it could lead to making stereotyped decisions.

CONCLUSION

Even though the incidence of malingering in the military is unknown¹⁵⁷, some authors indicate very low rates. In addition, studies find high malingering rates in different civil contexts¹⁵⁸⁻¹⁶⁵.