

Belén Jiménez-Gómez<sup>1</sup>  
Javier Quintero<sup>1</sup>

# El síndrome de Ganser: revisión a propósito de un caso

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital Infanta Leonor  
Madrid

El síndrome de Ganser (SG) ha evolucionado en la concepción nosológica, enfrentándose la etiopatogenia histérica, contra la psicosis, simulación, trastorno facticio, y/o daño orgánico.

Hay escasos artículos, investigaciones y teoría que sustenten el complicado diagnóstico del SG. Ahondamos en las similitudes y las diferencias del SG con los trastornos facticios y con la simulación.

Se precisan más publicaciones sobre esta patología, para clarificar la naturaleza del síndrome, investigar sobre su tratamiento y sobre su incierto pronóstico.

Palabras clave: Ganser, Simulación, Facticio, Münchhausen

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(3):161-4

## Ganser syndrome: review and case report

The nosological conception of Ganser syndrome (GS) has evolved as the hysterical etiopathogenesis has been examined against psychosis, malingering, factitious disorders and/or organic lesions. Few articles and little scientific research and theory are available supporting the complicated diagnosis of GS. The similarities and differences between GS and factitious disorders and malingering are examined in depth here.

More publications are needed on GS to clarify its nature and investigate its treatment and uncertain prognosis.

Keywords: Ganser, malingering, factitious, Münchhausen

## INTRODUCCIÓN

Sigbert Ganser (1897) describió una patología observada en tres prisioneros que denominó SG, caracterizada por: *respuestas aproximadas* ("los enfermos no saben responder a las preguntas más elementales, aunque por la forma de responder, han comprendido el sentido de las preguntas, con sorprendente ignorancia y pérdida de los conocimientos que poseían"), *embotamiento de la conciencia*, *cambios neurológicos histéricos y alucinaciones*<sup>1</sup>.

El comienzo y la remisión era muy abrupta y completa, con amnesia y perplejidad posterior y sin intencionalidad consciente en su presentación<sup>2,3</sup>.

El síntoma más representativo son las *respuestas aproximadas*, bautizado por Westphal (1903)<sup>1</sup> como "*vorbeireden*" ("hablar alrededor"), aunque Holding y MacDonald (1955)<sup>4,5</sup> propusieron otro término: "*vorbeigehen*" ("ir alrededor"), porque los pacientes también actúan de forma *aproximada*, (cogiendo un tenedor o teléfono al revés)<sup>2</sup>. El problema es que este síntoma no es patognomónico, porque aparece en otros trastornos como demencia, esquizofrenia, etc.

Fish observa "paralogía" (razonamiento ilógico) y alteraciones formales del pensamiento esquizofrenia-like<sup>2</sup>.

Enoch y Trethowan (1979), lo extrapolaron del ámbito carcelario y designaron los cuatro síntomas clave: *respuestas aproximadas*, *obnubilación de la conciencia*<sup>4</sup>, *síntomas conversivos*, y *las optativas pseudoalucinaciones visuales o auditivas*: análogas a las pseudoalucinaciones histéricas (Castells, 1994 y Tyer, 1992)<sup>6</sup>.

Se ha designado el SG como: "estado crepuscular histérico", "estado de conciencia hipnoide" (Janet 1909), "estado de semilucidez" (Baruk 1959), "puerilismo histérico" (Bleuler), "psicosis de los prisioneros", "síndrome del sinsentido", "simulación patológica" (Kiehen), "signo de negativismo relacionado con la catatonia" (Nissl) o "pseudoestupidez histérica que ocurre casi exclusivamente en cárceles y en los viejos y pasados de moda textos psiquiátricos alemanes" (Wertham, 1949)<sup>7</sup>.

Correspondencia:  
Belén Jiménez Gómez  
Correo electrónico: belenjimgom@yahoo.es

Se considera que hay cuatro perspectivas etiológicas: 1) origen histérico, 2) simulación o trastorno facticio, 3) origen psicótico, y/o 4) origen orgánico.

1. Ganser lo describía como "una reacción disociativa histérica, resultado de un inconsciente esfuerzo para escapar de una situación intolerable"<sup>4</sup>. Sería una pseudodemencia histérica con la ganancia secundaria inconsciente de evitar la confrontación de la situación traumática<sup>4</sup>. Sizaret (1989) apunta el carácter inestable en el tiempo, la reversibilidad, la amnesia ulterior sin actitud crítica y las manifestaciones sensoriosensitivas polimorfas, considerándose necesario el papel del estrés en su génesis<sup>1</sup>. Tsoi (1973) lo encuadraba como un tipo de Trastorno Disociativo (TD), con alucinaciones visuales, ganancias secundarias, variabilidad del cuadro en función del ambiente, y cuadros neurológicos con amnesia selectiva<sup>8</sup>.
2. Ganser niega la simulación pero considera que incoherencias tan absurdas contienen una evidente finalidad<sup>4</sup>. Puntualizamos que lo determinante es si la expresión clínica es voluntaria (lo distinguiría de la simulación y de los trastornos facticios). Para Mayer-Gross, la simulación y la histeria serían la misma afección<sup>4</sup>: la simulación (o producción consciente de trastornos) induciría la producción (esta vez inconsciente y amnésica) de otros trastornos de origen histérico<sup>1</sup>. Resumimos en la tabla 1, las semejanzas y diferencias entre el SG, la simulación, los trastornos facticios con síntomas psicológicos y trastornos facticios con síntomas somáticos (síndrome de Münchhausen).
3. Whitlock (1967) encuadra el SG en un trastorno psicótico, con alteraciones en la forma del pensamiento, pensamiento embotado, y alteraciones sensorio-perceptivas, principalmente alucinaciones auditivas<sup>2</sup>. El SG se ha descrito en fases prodrómicas de la esquizofrenia y hay casos con síntomas catatónicos<sup>1</sup>. Se podría considerar que el SG estaría entre la neurosis y la psicosis y entre la enfermedad y la simulación<sup>7</sup>.
4. Hay autores que mencionan en su etiología síndromes orgánicos, como traumatismos cerebrales, psicosis funcionales, y estados confusionales orgánicos secundarios a encefalopatía por monóxido de carbono, daño cerebral y politoxicomanía (Heron 1991), tumor en hemisferio izquierdo (Doongaji 1975), neurosífilis, alcoholismo, síndrome de Korsakoff, ACVA, demencias, incluso los casos descritos por Ganser, presentaron traumatismo craneoencefálico o fiebre tifoidea<sup>7</sup>. El daño orgánico facilitaría que, ante estresores ambientales, se reaccionase con mecanismos histéricos<sup>9</sup>. Scott promueve el uso de "síntomas" de Ganser, más que "síndrome", porque las pararespuestas y las conductas *aproximadas* están presentes en otras patologías, siendo una forma de comunicación disociativa<sup>4</sup>.

Sigal et al 1990, lo definen como una forma desadaptativa de manejar una situación estresante en individuos con alteraciones orgánicas y/o funcionales<sup>5</sup>.

El SG aparece escuetamente mencionado en los tratados de psiquiatría y con clasificaciones distintas: Alonso Fernández lo considera pseudodemencia, Weitbrecht estado psicógeno de enturbiamiento de la conciencia, López Sánchez como simulación<sup>1</sup> y en el DSM-III se encuadraba dentro de los trastornos facticios con síntomas psicóticos, modificándose desde el DSM-III-R como "trastorno disociativo no especificado" (300.15). Se recomienda hospitalización para asegurar el diagnóstico y, algunos autores recomiendan neurolopéticos<sup>8</sup>, otros ansiolíticos y todos coinciden en psicoterapia<sup>3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años que ingresa de forma voluntaria por "comportamiento extraño" con antecedentes de ansiedad a los 16 años y sin antecedentes familiares.

Desde hacía tres meses, coincidiendo con la separación matrimonial, estaba muy nerviosa, intensificándose el malestar el último mes que por error toma 3 comprimidos de Fluoxetina diarios: vestía calcetines distintos, abría y cerraba la nevera intermitentemente, dormía de día y de noche vociferaba que escuchaba que su ex-pareja la quería matar.

Presentaba irritabilidad, presión en el habla, discurso incoherente con pararespuestas ("¿cuántos años trabajaste en el supermercado?"-"cinco por cinco, 25; más 150 años que mis abuelos me criaron...tengo tres hijas: mi madre, mi tía y yo"), tristeza, labilidad, inquietud, alucinaciones auditivas, leve ideación delirioide no estructurada, dificultades cognitivas, coeficiente intelectual medio-bajo, alteración del ritmo sueño-vigilia, y anorexia.

Impresionaba de episodio psicótico o manía por viraje con los antidepresivos.

Se observan lagunas mnésicas con dificultad para el pensamiento abstracto, aumento de la latencia de las respuestas, y pararespuestas (operaciones matemáticas y reiteraciones de las palabras "felicidad" o "duda").

Llamativa indiferencia afectiva con escasísima reactividad al entorno. Discurso operativo y alexitimico, negaba que la separación le hubiera afectado y presentaba incongruencia en el desarrollo de actividades, con relativa conciencia de enfermedad (reconocía dificultades cognitivas).

Descartamos origen cerebral estructural (TAC, RMN y EEG sin alteraciones relacionadas) y descubrimos que había consultado a los 23 años por un delirio hipocondríaco y "rasgos neuróticos".

Tabla 1

## Comparativa entre síndrome de Ganser, simulación y trastornos facticios

Síndrome de Ganser	Simulación	T. Facticio con síntomas psicológicos	T. Facticio con síntomas somáticos: S. Münchhausen
Producción involuntaria	Producción voluntaria	Producción voluntaria	Producción voluntaria
Beneficio interno (en el sentido de evitar la confrontación traumática) y opcional beneficio externo	Beneficio externo	Beneficio interno (en el sentido de adquirir el rol de enfermo)	Beneficio interno (en el sentido de adquirir el rol de enfermo)
Síntomas NO controlables	Síntomas Sí controlables	Síntomas NO controlables (compulsivos)	Síntomas NO controlables (compulsivos)
Amnesia selectiva	Miente	Pseudología fantástica	Pseudología fantástica
Opcional T de personalidad de base <sup>a</sup>	NO	T de personalidad de base	T de personalidad de base
Se muestra raro, con conductas extravagantes, incomprensible, esforzándose en relación sumisa, aunque los pacientes son impenetrables <sup>b</sup>	Falta la colaboración durante la evaluación diagnóstico o para ajustarse al régimen de tratamiento prescrito	Muy sugestionables, admiten tener la mayor parte de los síntomas adicionales que el entrevistador menciona. Buscan el tratamiento psiquiátrico	Rehuyen el tratamiento psiquiátrico, buscan tratamiento somático
Remisiones e inicios espectaculares	Remisiones e inicios espectaculares	La hospitalización puede ser un estilo de vida	La hospitalización puede ser un estilo de vida
CI bajo	CI medio-alto	CI medio-alto	CI medio-alto
NO	NO	Imitan a algún familiar o conocido enfermo mental, se produce el característico vagabundo hospitalario o por consultas médicas	Pacientes relacionados con profesiones sanitarias, se produce el característico vagabundo hospitalario o por consultas médicas
La fatiga por la duración de la entrevista empeoran las respuestas	La fatiga por la duración de la entrevista hace que las respuestas sean cada vez más "normales"	No influye	No influye
<i>Belle Indifference</i>	Dan muchos detalles sobre su padecimiento y cómo les afecta, pero poca información de los síntomas	Angustia y preocupación	Angustia y preocupación
No observados, los síntomas permanecen	Desaparecen	Desaparecen	Desaparecen
NO	NO	Uso de sustancias psicoactivas	Uso de fármacos o autoprovocación de dolencias
Mecanismo de defensa: disociación (material traumático en conciencia paralela)	No hay "trauma"	Mecanismo de defensa: represión (material traumático en inconsciente), identificación y simbolización	Mecanismo de defensa: represión (material traumático en inconsciente), identificación y simbolización

<sup>a</sup> En un estudio de Sigal et al, 1992, en 15 pacientes con de síndrome de Ganser, a todos se les diagnosticó un T de personalidad: sobre todo del grupo B ( trastorno antisocial e histriónico), y del grupo A (trastornos paranoides , esquizoides y esquizotípicos), encontrando una correlación entre el menor desarrollo de organización de la personalidad y el mayor riesgo de desarrollar síndrome de Ganser

<sup>b</sup> Henry Ey ,1965, hablaba de la aparente complacencia consciente de estos enfermos (3)

Se le pauta sulpiride a dosis de 800mg /24h, con recuperación total en dos semanas.

## DISCUSIÓN

Por la brusca aparición de la sintomatología pseudodemencial, las características pararespuestas, la *restitutio ad integrum*, la *belle indifference*, y la asociación temporal con el estresante familiar, la paciente fue diagnosticada de SG.

Encontramos aún información publicada contradictoria: En la Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock<sup>11</sup>, a pesar de encuadrarlo como T Disociativo, se define el SG como "producción voluntaria de síntomas psiquiátricos graves", siendo entonces incompatible la naturaleza voluntaria de los síntomas con la consideración de TD. Describen que "puede aparecer en pacientes con otros trastornos mentales como esquizofrenia, trastornos depresivos, estados de intoxicación, parestia, y *trastornos facticios*.." (si aparece dentro de un trastorno facticio, no es compatible con ser considerado un SG al ser un síndrome *no intencionado*).

Consideran que "un factor de predisposición importante es la existencia de un *Trastorno de personalidad grave*", relación no probada y explican que "el diagnóstico diferencial es extremadamente complejo a no ser que el paciente sea capaz de admitir la *naturaleza facticia* de sus síntomas o que se obtenga evidencia a partir de tests psicológicos objetivos de que los síntomas son *falsos*": los síntomas no son falsos, son la exteriorización no voluntaria de una escasa elaboración psicológica de un trauma.

Añaden que "se puede reconocer por el hecho de que los síntomas son más graves cuando el paciente cree que le están observando", dato no confirmado.

Creemos que estos pacientes, por la escasa capacidad intelectual, tienen dificultades en la elaboración emocional y

cognitiva de los conflictos, por lo que reaccionan, con clínica disociativa, ante los traumas psicológicos.

Recomendamos abordaje psico-farmacológico: sulpiride y tratamiento psicoterapéutico con intención de integrar el contenido emocional escindido con el contenido descriptivo-racional del trauma acontecido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Dios Francos A, Sanz Granado O, De la Gándara Martín JJ. Síndrome de Ganser. *Psiquiatr Biol*. 1995;2(4):151-6.
2. Carney MWP, Chary TKN, Robotis P, Childs A. Ganser syndrome and its management. *Br J Psychiatry*. 1987;151:697-700.
3. Dwyer J, Reid S. Ganser's syndrome. *Lancet*. 2004;364(31):471-3.
4. Espliego-Felipe A, Sánchez-Lequerica A, Ramos-Gorostiza P. Sobre el lugar del síndrome de Ganser en la nosotaxia: una muestra de la dificultad en la práctica psicopatológica. *Psiquiatr Biol*. 2005;12(6):246-51.
5. Sigal M, Altmark D, Alfici S, Gelkopf M. Ganser syndrome: A Review of 15 Cases. *Compr Psychiatry*. 1992;33(2):134-38.
6. Lee HB, Koenig T. A case of Ganser syndrome: organic or hysterical? *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23:230-4.
7. González García JC, Aranda Luengo A, Berdullas Temes M, García-Blanco Mora MJ. Pseudodemencia histérica o síndrome de Ganser. *Inf psiquiatr*. 1985;100(13Ref.CSIC):171-6.
8. Castells E, Peri JM, Valdés M. Caso clínico: descripción y discusión de un caso de síndrome de Ganser: sintomatología clínica antes y después del episodio. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 1994;21(6):155-61.
9. Haddad PM. Ganser syndrome followed by Major Depressive Episode. *Br J Psychiatry*. 1993;162:251-3.
10. Allen DF, Postel J, Berrios GE. Síndrome de Ganser. *Trastornos de la memoria en la práctica psiquiátrica*. Barcelona: Masson, 2003; p.443-55.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría, Novena Edición. Buenos Aires: Waverly Hispanica SA, 2004; p.689.