

**UNIVERSIDAD BARCELÓ**

*FACULTAD DE MEDICINA*

Carrera de posgrado

**Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal**

Director: Prof. Dr. Roberto Foyo

**LA SIMULACIÓN COMO PROBLEMA Y DESAFÍO PARA EL TRABAJO DEL  
MÉDICO LEGISTA**

Alumna: Dra. Silvia Ema Cisneros

DNI 21.480.481

Médica Psiquiatra

Diciembre de 2024.

## ÍNDICE

1.Introducción .....	3
2.Antecedentes y planteamiento del problema .....	4
3.Objeto, pregunta e hipótesis de la investigación .....	5
4.Objetivos .....	6
5.Metodología y tipo de diseño .....	6
6.Discusión y análisis de resultados.....	8
7. Marco teórico.....	9
8. Consideraciones y análisis.....	37
9-Conclusiones y recomendaciones.....	38
10. Referencias bibliográficas.....	39
• ANEXOS . Gráficos .....	40
Cuestionario.....	45.

## **1-INTRODUCCIÓN**

-La SIMULACIÓN, como expresión psicosocial de la naturaleza humana en su contexto médico

legal, es una de las tantas alternativas periciales que por su complejidad diagnóstica obliga al

experto, no solo a implementar con habilidad los conocimientos e instrumentos técnicos

afines a su disciplina, sino también a internarse en una peculiar relación interaccional, donde el examinado intentará emplear todos los recursos psicológicos a su disposición para

engañar a su interlocutor y obtener así los mayores beneficios legales posibles.

El médico legista en su actuar pericial se ve obligado a colocarse en una perspectiva bien distinta a la del médico general o tratante al que el paciente acude por su propia voluntad con el objetivo de curarse.

## 2.ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de este campo, una de las cuestiones candentes ha sido la *determinación de su prevalencia* dado su impacto económico. Esta tarea ha resultado particularmente compleja y de difícil solución, en primer lugar porque los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita de facto llegar a conocer su incidencia real y, en segundo lugar, porque sólo de forma relativamente recientemente se han establecido criterios diagnósticos claros que definen operativamente qué es la simulación (Bush y otros 2005)

Se conoce que ninguna medida de evaluación o control de indicadores de simulación, es suficiente para determinar si un individuo lo está haciendo (López Simulación de síntomas en el contexto forense 28 et al., 2013), sin embargo, esto *no significa que siempre que se reportan síntomas en exceso los individuos son simuladores, por lo que el pronunciamiento sobre este tipo de fenómenos debe ser cauteloso. Esto quiere decir que, aún así se identifique la exageración de sintomatología no es posible identificar su motivación objetivamente*, por lo que es bastante complejo establecer un resultado preciso de simulación de síntomas

Si bien sabemos que, en la práctica clínica, la honestidad de los pacientes coincide con sus propios intereses; en el marco legal los actores, pueden estar motivados a defraudar y pueden estar entrenados para hacerlo, siendo cualquier persona, mientras existan intereses en juego, la que puede convertirse en “simulador”. No pretende que el médico lo cure, sino que busca sacar provecho del examen y su informe.

El legista Se enfrenta a su vez con que además de que resulta en altos costos socio-sanitarios, tiene que ver con implicaciones legales, así como, la incidencia frente a un posible veredicto de culpabilidad en un acusado inocente .Así, las evaluaciones en contextos forenses DEBEN perseguir un objetivo amplio, profundo e integral de evaluación del estado clínico de un individuo y de establecimiento de un diagnóstico diferencial de simulación.

La formación del especialista, tanto en su primer acercamiento universitario, como en la medida de actualizaciones continuas, debe contemplar sin ningún lugar a dudas su capacitación y preparación para la detección y manejo de esta problemática.

### 3- OBJETO, PREGUNTA E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta principal de la investigación se refiere a la dificultad que le plantea al médico legista la presencia de simulación a la hora de realizar una evaluación pericial.

A partir de ésta, surgen las siguientes preguntas específicas:

- con qué frecuencia se presenta la simulación en la práctica del médico legista
- ¿Tiene herramientas para su detección y abordaje?

Para la realización del presente trabajo se construyeron la siguiente **HIPÓTESIS**:

- **Hipótesis general:** *la presencia de simulación en el trabajo pericial del médico legista es de una elevada frecuencia y constituye un desafío para el especialista al momento de realizar su evaluación, debiendo recurrir a variadas herramientas, siendo el trabajo multidisciplinario una de las más necesarias..*

#### **4. OBJETIVOS DEL TRABAJO**

El objetivo general del presente Trabajo Final Integrador es:

- realizar un recorrido teórico sobre Simulación para demostrar que la temática en sí constituye el problema.

Los objetivos específicos son:

- el reconocer la presencia de simulación en el trabajo cotidiano del especialista en medicina legal y las dificultades en su detección y abordaje
- Comparar los resultados de la encuesta con los hallazgos en la bibliografía

#### **5.METODOLOGÍA Y TIPO DE DISEÑO**

El presente proyecto de trabajo final integrador utilizó una metodología de tipo descriptiva, con la inclusión de encuestas cerradas tipo elección múltiple (“choice”) para ser aplicadas en Médicos Especialistas en Medicina Legal, .

Se busca definir qué es la Simulación, sus tipos, sus formas de presentación, diagnósticos diferenciales, principales problemáticas, y su contraste con la experiencia de trabajo de Médicos Especialistas en medicina legal, a partir de la realización de una encuesta cerrada tipo elección múltiple (“choice”).

Las encuestas fueron anónimas y se diseñaron a través de Google Form®. En las mismas se tuvo en cuenta los datos epidemiológicos como años de ejercicio en Medicina Legal, y posteriormente un cuestionario enfocado y dirigido primero a la introducción del tema y luego la experiencia de los encuestados en su práctica pericial, siempre frente a esta problemática.

La forma de difusión de la encuesta fue mediante un link de WhatsApp entre médicos Especialistas en Medicina Legal de CABA y el conurbano.

. Al inicio de la misma se incluyó un apartado donde se especificó la motivación y marco de la encuesta, dentro de un trabajo de fin de Especialidad.

Las preguntas formuladas fueron las siguientes:

*Encuesta para Médicos Legistas sobre Simulación en la Evaluación Pericial*

Esta es una encuesta anónima que tiene como objetivo recopilar información sobre la experiencia de los médicos legistas en relación con la presencia de simulación en la evaluación pericial. Sus respuestas serán de gran valor para comprender mejor los desafíos y las mejores prácticas en este campo.

-Cuántos años lleva ejerciendo como médico legista?

-En qué tipo de casos realiza principalmente evaluaciones periciales? Marque solo 1(una) opción . civil y comercial.- penal, .- laboral.

-Qué entiende usted por Simulación en el contexto de una evaluación médica

-Con qué frecuencia se encuentra con casos en los que sospecha de simulación?

-Cómo considera que la simulación afecta la calidad de sus evaluaciones periciales?

-Cuales considera que son las principales dificultades para detectar la simulación

-Cuáles cree son los métodos más adecuados para la detección de simulación psíquica

-Cuáles cree son los métodos más adecuados para la detección de simulación física

Las respuestas a las preguntas formuladas del tipo elección múltiple constan de entre 3 y 6 según el caso de cada pregunta, prevaleciendo el sistema cerrado de respuestas con el fin de un mejor análisis y delimitación;

Los gráficos se realizan de forma automática por medio del programa

Google Form®. Este sistema utiliza gráficos tipo torta para mostrar la distribución de las

variables en cada una de las preguntas colocando porcentaje y cantidad de personas encuestadas.

Por último, se analizaron los resultados arrojados en las encuestas, se contrastó con la bibliografía consultada en el marco teórico y se articuló con el mismo para dar cumplimiento a los objetivos e hipótesis planteadas.

## 6 .DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 30 médicos legistas .

Los resultados sociodemográficos de los encuestados arrojaron que el 13.33% tiene menos de 2 años en la especialidad, 53.33% entre 2 y 4 años, y 33.33% más de 4 años.

El 73.33% realiza sus evaluaciones periciales principalmente en el fuero laboral, 23.33% en el civil y comercial, y 3.33% en el Penal..

Ante la pregunta sobre qué entiende por Simulación, en el contexto de la evaluación médica, el 93.33% marcó la respuesta correcta. Mientras que el 3.33% señaló a la definición de Trastorno facticio como la correcta, y el otro 3.33% a la Conversión.

Acerca de la frecuencia con la que se encuentra con casos en los que sospecha de simulación, 56.67% respondió frecuentemente, 26.67% muy frecuentemente, y 16.67% ocasionalmente. Ninguno de los encuestados respondió que rara vez o nunca en relación a la percepción sobre el impacto y la calidad de las evaluaciones periciales en un contexto de un sujeto simulador, el 56.67% considero que aumenta moderadamente la dificultad, un 23.33% que el significativamente mayor la dificultad ante un contexto de simulación, y el 20% que no afecta significativamente .Ninguno cree que disminuya la dificultad.

entre la principales dificultades para su detección , 46.67% la atribuye a la falta de pruebas objetivas, 33.33% a la subjetividad en la evaluación, un 16.67% a la falta de formación específica, y solo el 3.33% a la presión externa(abogados, aseguradoras)

Entre los métodos más adecuados para la detección de simulación psíquica, entrevista estructurada 6.67%, Pruebas psicométricas 3.33%, observación del comportamiento 3.33%, análisis de historia clínica 3.33%, trabajo interdisciplinario 16.67%, y todas las anteriores el 66.67%

-Entre los métodos más adecuados para la detección de simulación física, pruebas diagnósticas complementarias 3.33%, observación del comportamiento 6.67%, trabajo interdisciplinario 6.67%, examen físico y análisis de historia clínica 0% cada una, pero todas las anteriores fue un 80%

## 7. LA SIMULACIÓN . MARCO TEÓRICO

***Podemos definir la simulación como la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos***

Los rasgos distintivos señalados en la definición de simulación se pueden sintetizar de la siguiente manera, a saber:

- a) *Actitud psíquica*: se caracteriza por una activa disposición mental cuya motivación radica en obtener un beneficio secundario a través del engaño.
- b) *Consciente y voluntaria*: el sujeto posee la capacidad psíquica para discernir y ejecutar un acto previamente elaborado y planificado.
- c) *Representación plástica*: consiste en hacer presente por medio de la expresión psicomotriz el evento mórbido que se utiliza para el engaño.
- d) *Evento mórbido*: es decir la patología que se desea representar.
- e) *Intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar*: es la actitud utilizada por el simulador para obtener un beneficio legal vinculado a su situación jurídica. La *diferencia con la mentira o mendacidad utilitaria* consiste en que en esta falta la representación plástica, engañando a un tercero utilizando como único instrumento el lenguaje verbal.

Es interesante el punto en común que surge en la interpretación de la simulación, como un medio de lucha por la vida . Así, para algunos autores, al definir la simulación hay que tener en cuenta, en primer lugar, que

*“todos los hombres son más o menos simuladores, aunque sólo en algunos la simulación es el medio habitual y preferente de lucha por la vida”* (Huertas, 1991), y también que *“la simulación es para el hombre una necesidad de adaptación al medio”* (Porot, 1921). Para José Ingenieros, en su libro “La simulación de la Locura” manifiesta que *“...en la introducción al estudio de las locuras simuladas llegamos a determinar una ley que rige todos los fenómenos de simulación establecimos 'que ésta es un medio de lucha por la vida, cuyo resultado es la mejor adaptación del simulador a las condiciones de su medio...En todos los pueblos se encuentra este modismo popular de “hacerse el loco para pasar bien la vida”. estas palabras valen, como interpretación, un*

*entero volumen de aguda*

*psicología, pues encierran el presentimiento de la verdad que demostramos...”.*

*La simulación puede comprenderse como una estrategia utilizada históricamente por los seres humanos para obtener beneficios (Perilla, 2019).* Dentro del contexto forense, es un fenómeno que suele darse, por lo tanto, es menester detectarlo, pues conlleva repercusiones a nivel judicial y de seguridad para la sociedad (Perilla, 2019).

Al trabajar dentro de los parámetros judiciales, surge la necesidad de identificar si la información otorgada por los imputados es veraz, pues la decisión de engañar es parte integral de las relaciones interpersonales dentro de un amplio espectro social (Rogers y Scott, 2018) y, además, está en íntima relación con el dictamen que se recibirá. Al respecto, nace la problemática de cómo determinar cuán fidedigno es el discurso realizado por el individuo evaluado, pues es altamente probable que se preste para simulación

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - **DSM V- (2014)** define a la simulación como la *representación de síntomas falsos o exagerados motivados por incentivos externos, tales como la obtención de una compensación económica, la evasión de responsabilidades criminales o la obtención de fármacos. Asimismo, señala que se debe sospechar de simulación cuando: 1) se esté en un contexto médico-legal; 2) haya una marcada discrepancia entre síntomas referidos y hallazgos objetivos; 3) existe poca cooperación durante el proceso diagnóstico y; 4) haya presencia de un trastorno de personalidad antisocial (DSM V, 2014).*

La APA entiende por simulación la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. • La simulación implica la existencia de recompensas externas (cobro de seguros e indemnizaciones, etc.), que se realiza consciente y deliberadamente, (American Psychiatric Association, 1994 y 2000).

Diversos estudios han tratado de determinar la incidencia de la simulación, aunque, ciertamente, resulta difícil proporcionar datos precisos debido a que existe una gran

variabilidad en función del campo de estudio o la patología que se aborda. Sin embargo, se establecen las siguientes tasas de incidencia dependiendo del contexto donde se produce: 1) lesiones personales, un 29%; 2) discapacidad o indemnización laboral, en torno a un 30%; c) casos criminales, en un 19%; y, d) casos procedentes de la medicina general o psiquiatría, un 8%. Se describe en un estudio realizado en Argentina sobre la detección de simulación de la enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario mediante protocolo de evaluación de simulación, en el cual de una población de 35, el 30% presentó simulación y el 63% de los evaluados tuvo un trastorno de personalidad (Bertone et al., 2012)

La Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto 659/96 del PEN) establece la siguiente definición: “SIMULACIÓN: Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas. METASIMULACIÓN O PERSEVERACIÓN: Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada. SOBRESIMULACIÓN: Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir.” Por otra parte, el baremo de “Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” (Decreto 478/98 del PEN) establece criterios similares. Ambos baremos señalan que el producto de la simulación está constituido por falsos síntomas.

A la fecha, la investigación sobre este tema parece indicar que los seres humanos no somos mejores detectores de la mentira, ni siquiera los profesionales, como los psicólogos, los policías o los jueces, mostrarían una especial habilidad a este respecto.” (Aamodt & Custer, 2006; Faust & Ackley, 1998 citados en García-Cortés, Pérez-Fernández, Corbí-Gran, Martín-Moreno-Blasco, 2017, p. 42). Debido a lo anterior, se considera pertinente realizar una revisión sistemática de la literatura e investigación que se haya adelantado sobre simulación de síntomas en el contexto forense, ya que no se identifica un consenso en la definición de este constructo y no se identifica una precisión en la metodología de evaluación. Lo anterior es de gran importancia, ya que la literatura establece que la evaluación de la simulación requiere una aproximación multimétodo (Osuna et al., 2015), es decir, la combinación de

múltiples medidas psicométricas que logren abordar en su totalidad los objetivos de la labor pericial y la detección de la simulación

### MODALIDADES DE SIMULACIÓN

Son aquellas que se llevan a cabo por una persona con la finalidad de obtener un beneficio secundario relacionado al proceso judicial en curso.

#### **Disimulación**

Es aquella donde el enfermo oculta la patología que padece con el fin de obtener cierto beneficio personal o de convalidar futuros actos jurídicos. Surge con mayor asiduidad en pacientes internados y que desean lograr el alta médica. Los tipos de perfiles más propensos a la disimulación son:

Sujetos con depresión.

Sujetos con paranoia y alucinaciones.

Sujetos alcohólicos.

Se sospecha de disimulación cuando encontramos:

Actitud defensiva ante exploración.

Rechazo o renuncia a las pruebas.

Graves repercusiones en el campo penal.

#### **Parasimulación (Para: junto o al lado)**

Esta modalidad se da cuando el individuo representa un evento mórbido distinto al que ya padece. Sobre este punto cabe señalar que se utiliza el término "parasimulación" para diferenciarlo de la sobresimulación, entendiendo que esta última es una variante de aquella.

Esta modalidad, de relativa relevancia médico legal, suele verse en pacientes internados y que desean obtener beneficios secundarios por medio de simular síntomas ya padecidos o vistos en terceras personas.

Ejemplo de ello podemos encontrarlo en aquellos pacientes que además de padecer su cuadro psicótico, simulan síntomas extrapiramidales con la intencionalidad de obtener algún beneficio asistencial, generalmente para que le retiren o cambien la medicación.

**Sobresimulación (Sobre: además de o encima de)**

Como se ha dicho, es una variante de la anterior donde se exagera o sobreactúa la sintomatología de un evento mórbido que padece o que está simulando.

Es posible detectarla en la población carcelaria que desea ser trasladada al Hospital o a la U 20 con el fin de mejorar sus condiciones de reclusión o en aquellos internos que intentan modificar su calificación penal y ser declarados inimputables en instrucción o durante el juicio oral.

**Metasimulación (Meta: más allá o después)**

Se caracteriza por la actitud psíquica voluntaria e intencional de sostener en el tiempo la sintomatología del cuadro psiquiátrico ya desaparecido.

Se observa con mayor frecuencia en el Fuero Civil cuando debe determinarse el porcentaje de incapacidad

**Presimulación (pre: antelación o prioridad)**

Consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de poder liberarse de la responsabilidad legal que en tal sentido le cabe. Si bien no es frecuente se puede llegar a advertir en causas penales.

Posibles circunstancias que motivan la simulación en el ámbito forense:

Simulación ofensiva: pretende eludir una responsabilidad de tipo penal o civil.

Simulación exonerativa: pretende evitar una obligación civil (servicio militar), laboral (trabajo indeseado), penitenciaria (ingreso en prisión para cumplir una condena)...

Simulación lucrativa: persigue una ventaja económica (renta por accidente laboral, indemnización...).

Los trastornos mentales más propicios a su simulación son:

Trastorno por estrés postraumático.

Cuadros psicóticos.

Demencias.

Toxicomanías.

Trastornos disociativos.

Retraso mental.

Se sospecha que existe una simulación o disimulación cuando encontramos:

Discrepancias entre los síntomas que se alega, la observación de la conducta y/o los resultados que se obtienen de las pruebas clínicas

Problema médico-legal

Sintomatología atípica

Sobreactuación clínica

Presencia de trastorno antisocial de la personalidad

Buena capacidad intelectual

Incapacidad alegada pero mantenimiento del ocio de la persona

Historial previo de bajas laborales repetidas

## CLASIFICACIONES

Tenemos la de **Antoine Porot** quien propone una de las más conocidas en **1921**, a fin de clasificar la **simulación de síndromes mentales** en tres tipos simulación mental:

*\*total o verdadera,*

*\*sobresimulación y*

*\*metasimulación.*

Posteriormente, amplió su **clasificación en base a la personalidad y actitud del simulador**, diferenciando entre:

-*Simuladores pasivos*, o aquellos que se centran en defectos funcionales.

-*Simuladores activos*, o aquellos en los que su sintomatología se manifiesta por medio de procesos psicomotores activos.

-*Simuladores absurdos*, esto es, los que manifiestan conductas extravagantes.

Asimismo, en función de la personalidad del simulador, señalaba dos tipos: por un lado, los **simuladores ocasionales**, dentro de los cuales diferenció entre *simulador inculto*, *simulador sugestionable*, *simulador paranoide*, *simulador histérico*, *simulador mitómano o fabulador*, *simulador emotivo*, *simulador amoral* y *simulador profesional* y por otro lado, habló de los **simuladores permanentes**, que habitualmente presentan más anomalías psicológicas.

Otra clasificación posterior es la que estableció, diferenciando la **autosimulación**, donde el sujeto cree en la autenticidad de sus síntomas, de la **disimulación**, que consiste en el ocultamiento de forma consciente y voluntaria para conseguir un fin.

Asimismo, pueden distinguirse **seis formas de expresión del fenómeno de la simulación**, estas son:

1) *la enfermedad provocada*, la cual alude a la existencia real de una dolencia provocada por el sujeto afectado con el objetivo de engañar;

2) *la alegada*, en donde se manifiesta que es real, pero no hay ninguna evidencia;

3) *la imitada*, es la forma más común e implica la simulación de síntomas de alguna enfermedad;

4) *la exagerada*, en donde los síntomas se exageran con la idea de tener mayores beneficios;

5) *la imputada*, la cual hace referencia a un trastorno que existe, pero se atribuye su etiología distinto al real y;

6) *la disimulada*, es decir, la que implica el ocultamiento de los síntomas (Gisbert, 2005)

. Las **motivaciones** que pueden evidenciarse en la simulación son el chantaje, la venganza, la explotación a la caridad, indemnizaciones económicas (Gisbert, 2005 citado en Álvarez-Bello, 2013), obtención de tratamientos, atenuantes de la responsabilidad penal, evitación de penas privativas de la libertad, e incluso obtención de beneficios en casos de guarda y custodia (afirmaciones sujetas a consideración dependiendo de los contextos en los que se desarrolle el proceso de evaluación).

Los motivos para realizar una simulación pueden enmarcarse en el ámbito jurídico en tanto la pesquisa del estado mental a través de un peritaje influye en los procedimientos tales como la determinación de la idoneidad para la custodia de hijos o la responsabilidad penal ya sea para conseguir interdicción o reclamar indemnización (Echeburúa, et. al, 2011).

Dentro de los principales motivos para simular se encuentran aquellos vinculados a: la necesidad, la ira, la frustración, la codicia, la somatización, un patrón de comportamiento reforzado, malas atribuciones, ganancias a través de la evaluación -por ejemplo en contexto financiero-, factores de incentivo, evitar responsabilidades, obtener la atención del cónyuge, tener atención médica especial, obtener medicamentos, evitar el enjuiciamiento penal, influir en la sentencia y tener beneficios por discapacidad (Iverson, 2010).

### ALGUNAS RESEÑAS HISTÓRICAS

Se debe reconocer que tanto la picaresca y el engaño como la simulación de síntomas de diversas enfermedades han sido estrategias ampliamente utilizadas por el ser humano a lo largo de la historia.

Hipócrates, la describió entre soldados. Galeno, escribió “Tratado sobre las enfermedades simuladas”. En 1595 Silvaticus, se refiere a simulación de enfermedades mentales. En España, siglo XVI, se describen “fraudes por pícaros” para mover la caridad del prójimo. Paré, Fidele, Zacchia, nos aportan algunas reglas para descubrir enfermedades simuladas. Antonio Vallejo Nájera (1951) le dedica al tema todo un libro, de referencia histórica ineludible.

Cabe destacar que la simulación ya aparece recogida en la Biblia, donde se narra el momento en que David, para escapar de la ira del rey de Gat, fingió padecer un trastorno mental (I Samuel 21: 10-14)

“...**20** Después David huyó de Naiot en Ramá, y vino delante de Jonatán, y dijo: ¿Qué he hecho yo? ¿Cuál es mi maldad, o cuál mi pecado contra tu padre, para que busque mi vida? **2** Él le dijo: De ninguna manera; no morirás. ... **24** David, pues, se escondió en el campo, y cuando llegó la nueva luna, se sentó el rey a comer pan. **25** Y el rey se sentó en su silla, como solía, en el asiento junto a la pared, y Jonatán se levantó, y se sentó Abner al lado de Saúl, y el lugar de David quedó vacío....**27** Al siguiente día, el segundo día de la nueva luna, aconteció también que el asiento de David quedó vacío. Y Saúl dijo a Jonatán su hijo: ¿Por qué no ha venido a comer el hijo de Isaí hoy ni ayer? **28** Y Jonatán respondió a Saúl: David me pidió encarecidamente que le dejase ir a Belén, ...para visitar a mis hermanos. Por esto, pues, no ha venido a la mesa del rey. **30** Entonces se encendió la ira de Saúl contra Jonatán, y le dijo: Hijo de la perversa y rebelde, ¿acaso no sé yo que tú has elegido al hijo de Isaí para confusión tuya, y para confusión de la vergüenza de tu madre? **31** Porque todo el tiempo que el hijo de Isaí viviere sobre la tierra, ni tú estarás firme, ni tu reino. Envía pues, ahora, y tráemelo,

porque ha de morir. **32** Y Jonatán respondió a su padre Saúl y le dijo: ¿Por qué morirá? ¿Qué ha hecho? **33** Entonces Saúl le arrojó una lanza para herirlo; de donde entendió Jonatán que su padre estaba resuelto a matar a David. ... **.David huye de Saúl. 21**

...**10** Y levantándose David aquel día, huyó de la presencia de Saúl, y se fue a Aquis rey de Gat. **12** Y David puso en su corazón estas palabras, y tuvo gran temor de Aquis rey de Gat. **13** Y cambió su manera de comportarse delante de ellos, y se fingió loco entre ellos, y escribía en las portadas de las puertas, y dejaba correr la saliva por su barba. **14** Y dijo Aquis a sus siervos: He aquí, veis que este hombre es demente; ¿por qué lo habéis traído a mí? **15** ¿Acaso me faltan locos, para que hayáis traído a este que se hiciese de loco delante de mí? ¿Había de entrar este en mi casa?...”.

Nuevamente, José Ingenieros. la simulación de la locura, menciona algunos ejemplos de simulación en la historia, simulación de enfermedades mentales ha sido frecuente, “...alcanzando en ciertas épocas caracteres epidémicos. Conocida es la propensión de los neurópatas y las histéricas a fingir toda clase de afecciones, sin excluir la locura famosos son los falsos demoníacos y los falsos inspiradores, que en todo tiempo han simulado ese estado mórbido de la mente que permite el éxtasis, la profecía, la posesión por seres sobrenaturales, la comunicación con entidades invisibles en cuanto ese estado

mental puede mirarse como patológico, los que lo han fingido han sido verdaderos simuladores de la locura....aun en la historia argentina, con ser tan breve, ocurrió un caso célebre, cuya referencia debemos al Profesor Ramos Mejía, que lo Conocido por Vicente Fidel López: durante la dictadura de Rosas, uno de los jesuitas afiliados a la Sociedad Restauradora cometió un delito vergonzoso contra un niño, que se educaba en un claustro donde él era preceptor descubierto el hecho, y temeroso del

castigo del tirano, dio el fraile en simular que era loco, creyendo eludir así la pena capital, al mismo tiempo 'que se ponían en juego las altas influencias de la Curia para obtener su libertad y evitar el escándalo. Consiguio el malvado 'ue en atención a su enfermedad mental lo trasladaron a un convento de Santa Fe, para ser asistido, y de allí

se escapó a Chile, donde se le vio en traje civil, sin locura alguna

no conocemos ningún caso más clásico, en todo sentido, que el de Ulises - desde el comienzo de la guerra de Troya, su carácter lo define como el arquetipo de los simuladores, o tenía dos años de casado con Penélope, hija de Ícaro, cuando todos los griegos se aprestaron al rescate de Delena mientras ardían los corazones por secundar la venganza de Menelao, Ulises intentó eludir el servicio militar, para no separarse de su joven esposa. después de inventar mil supercherías 'que hubieran avergonzado al valeroso Aquiles o al impetuoso , no vaciló en simular la locura y atajó a un arado un caballo y un buey, poniéndose a arar las arenas del mar y sembrando sal en vez: de trigo ...fue necesario el ingenio agudo de \*elamedes para sospechar el fraude, 'que descubrió, colocando a Telémaco, el hijo del simulador, en la misma línea del surco Ulises desvió su arado para no herirle, y descubierto así el fraude se vio forzado a incorporarse a las huestes de Agamenón algunos tipos clásicos podemos encontrar, también, en los grandes caracteres creados por el arte. sabido es 'que el astrónomo griego Zetón, célebre por haber establecido el ciclo lunisolar 'que lleva su nombre, simuló la locura para no ir a la guerra de Sicilia, a la que lo enviaban los atenienses de este sabio poco belicoso se vengó Aristófanes, llevándole a la escena para hacerle aplicar una formidable paliza...”.

### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En la **simulación** la motivación para la producción de síntomas es un incentivo externo, en el **trastorno facticio** no existen incentivos externos, y sí evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el rol de enfermo.”. Generalmente presentan comorbilidad con trastornos de la personalidad, particularmente borderline y antisocial y menos frecuente con depresión mayor, abuso de sustancias entre otros. Muchas veces los síntomas son precedidos por trastorno somatomorfos y de conversión;

siendo el inicio del trastorno facticio. La simulación y el trastorno facticio son diagnósticos que se excluyen mutuamente.

Se diferencia del *trastorno de conversión* y de *otros trastornos somatomorfos* por la producción intencionada de síntomas y por la existencia de incentivos externos obvios. De la conversión, porque en la simulación no se suele conseguir mejoría de síntomas mediante sugestión o hipnosis.

### DETECCIÓN Y ABORDAJE

Un principio fundamental en la detección de simulación es que *cuantas más inconsistencias presente un paciente en las diferentes pruebas y dimensiones relativamente independientes, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen irreal de sus capacidades o de su sintomatología*. De ahí que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación.

La detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información.

En el contexto de evaluación forense, existen dificultades específicas para la detección de un cuadro patológico, ya que *el evaluado no se presenta de manera voluntaria y el informe trae repercusiones directas para él*, por lo tanto, es muy probable que se incremente la manipulación de la información aportada para conseguir beneficios o evitar sentencias (Echeburúa et al., 2011).

La evaluación de la simulación de síntomas debe originarse a partir de la **sospecha del evaluador**, si el evaluador identifica inconsistencias frente a los síntomas reportados (síntomas atípicos e indiscriminados que no se correlacionan con un historial de funcionamiento) y si el contexto de la evaluación precede la motivación para simular, debe realizarse una evaluación exhaustiva a partir de la revisión de documentados, como, por ejemplo, registros clínicos previos, antecedentes legales,

informes policiales, resultados de instrumentos psicológicos, informes psiquiátricos y/o psicológicos, reportes escolares, etc

el profesional debe ser juicioso en su evaluación y tener en cuenta hipótesis de trabajo que establezcan indicadores de daño clínico severo y de simulación de síntomas, lo que se correlaciona con lo expuesto por Young (2017), autor que establece que la inexistencia de la comprensión uniforme de la simulación y su mejor forma de abordaje y evaluación, puede enfrentar al evaluador con sesgos implícitos desde el inicio. Lo anterior, sugiere la importancia de minimizar y controlar los falsos positivos, pues la evaluación de este constructo no radica en una aproximación única y excluyente, sino en la experticia del evaluador y el criterio más preciso en la selección de técnicas e instrumentos.

Cuando desde el derecho se solicita el asesoramiento especializado y se sospeche simulación, el perito, basado en sus conocimientos médicos y jurídicos, debe realizar un *exhaustivo examen que involucre no solo el estado de las facultades mentales del peritado, sino también a todos aquellos elementos registrados en la causa que formen parte de los intereses puestos en marcha por la demanda judicial*. Para luego, evaluando los datos aportados durante las diferentes etapas del proceso pericial, efectuar el diagnóstico de simulación en sus diferentes modalidades, recordando que *por su complejidad no debe desecharse la interconsulta y todos aquellos estudios complementarios que apoyen el diagnóstico clínico de simulación*.

Respecto a las **patologías con mayores tasas de simulación**, los resultados indican que las patologías *relacionadas con el dolor crónico, los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos* son las que están más relacionadas con la exageración de síntomas debido a la interpretación subjetiva a la hora de ser verificada y la posibilidad de obtener incentivos económicos, obtención de incapacidades laborales, reducción de penas y tratamiento. Estos resultados se correlacionan con otros estudios que establecen que las personas tienden a simular patologías prevalentes en la población y que por lo tanto, es altamente probable que hayan experimentado o tengan conocimiento de su repertorio conductual (Santamaría et al., 2013), así como la

disponibilidad de información puede proveer a los individuos motivados a simular sintomatología de una manera más sencilla, ya que las personas pueden acceder a la revisión de literatura relacionada con los criterios diagnósticos formales de diferentes trastornos, y de esta forma, pueden familiarizarse con esta información a través de medios populares del internet (Lees-Haley & Dunn, 1994; Ruiz et al., 2002 citados en Sullivan & King, 2010).

Cuando se sospecha simulación debe someterse al sujeto a un *examen completo y objetivo sin manifestar ningún tipo de sospecha*. Si el médico se enfada (una respuesta muy frecuente ante estas conductas, sobre todo en el ámbito clínico) se podría llegar a una confrontación que rompería el vínculo necesario y por lo tanto no se puede lograr una intervención positiva. El sujeto se pondría más en guardia haciéndose casi imposible su diagnóstico

Se realizará una historia clínica adecuada y dirigida, con un interrogatorio concienzudo, intentando atraernos la confianza del entrevistado. Hay que valorar los datos con prudencia y precaución, evitando actitudes de susceptibilidad. Además, se debe recordar que la ciencia médica no es exacta, y que cabe la posibilidad de que síntomas aislados o anómalos puedan deberse a evoluciones extrañas de un proceso patológico real. Por todo ello, hay que ser cauteloso e intentar no hacer un juicio con la primera impresión, sino que conviene estudiar al enfermo en profundidad.

Antes de diagnosticar una simulación debe realizarse siempre una completa valoración médica.

Para ello, además del examen clínico o psiquiátrico, es siempre recomendable el uso de las técnicas complementarias adecuadas en función del cuadro que presente el sujeto (bioquímicas, radiológicas, electroencefalograma, ecocardiograma, resonancia magnética nuclear, etc.).

Desgraciadamente, no existe un signo patognomónico de la simulación, porque además de los criterios que señalábamos anteriormente, algunas circunstancias y el sentido común deben inducirnos a la sospecha en las lesiones provocadas

y/o patologías “incongruentes”.

Además de las pruebas complementarias objetivas, los procedimientos que pueden

usarse para desenmascarar la patología simulada, y que pueden considerarse correctos éticamente, son los “procedimientos de sorpresa”, que tienen por objeto coger desprevenido al sujeto y poner de manifiesto la falsedad del síntoma alegado por el mismo.

En el ámbito de la **medicina legal del trabajo**, por ejemplo, algunas *recomendaciones durante el examen físico consisten en :*

- Nunca hay que dar la impresión de que se sospecha una simulación.
- Las maniobras deben efectuarse sin vacilación en medio de otras fases de la exploración clínica.
- El examen de la movilidad activa articular deberá repetirse tantas veces como sea necesario y consignar el mejor rango goniométrico obtenido en las distintas mediciones.
- Ante la falta de colaboración para evaluación funcional, se deberá describir detalladamente el tono, trofismo muscular (consignando la perimetría de la región evaluada en forma bilateral) y temperatura de la región anatómica explorada, como así también la existencia edema, cambios en la coloración de la piel o tumoraciones.

En lo relacionado con la psiquiatría y psicología previsional y de riesgos del trabajo, La Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones organizó en el mes de Agosto 2004, elaboró un

PROTOCOLO DEL CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO con el fin de esclarecer conceptos y unificar los criterios utilizados para la determinación de incapacidades laborales de la especialidad por las Leyes 24.241 y 24.557,

Se difundió para su análisis un proyecto de protocolo dirigido a médicos psiquiatras, no psiquiatras y psicólogos, partiendo de la base que no todo psiquiatra ni psicólogo

(incluyendo los profesionales prestadores de comisiones médicas sin psiquiatra) tiene el mismo grado de experiencia pericial para la detección de las diferentes formas de simulación y que los no psiquiatras dependen de los informes de los profesionales prestadores mencionados. ,dando una vez más lugar a la necesidad de protocolización de las evaluaciones periciales en relación a este tema.

Así consideran necesario para la Comisión Médica y las que carecen de psiquiatra en particular, la elaboración de un instructivo donde consten los pasos a seguir para la evaluación, como ser: Elaboración de la H.C. donde se consignen datos referidos a: 1. Tiempo transcurrido desde la inserción de la patología. 2. Evolución con períodos de remisión o no. 3. Continuidad Laboral o no. 4. Tratamientos Instaurados. 5. Internaciones. 6. Antecedentes de problemas médico-legales

#### Pericia psiquiátrica laboral en el ámbito previsional y de riesgos del trabajo

La Historia Clínica Psiquiátrica Laboral y de Riesgos del Trabajo a semejanza de cualquier

Historia Clínica, se basa en los elementos aportados por los antecedentes personales; por una

descripción detallada de la evolución de la enfermedad o de los hechos en cuestión y por el examen del

solicitante basado en la inspección, la observación minuciosa de cada una de las funciones psíquicas y

métodos complementarios a demanda (electroencefalograma, batería de Tests, análisis de laboratorio,

etc.) con la finalidad de arribar a un diagnóstico aproximado (si no se logra el de certeza) que permita

orientarnos sobre la incapacidad laboral del afiliado, su transitoriedad o permanencia, la naturaleza de

la afección y asimismo descartar lo que llamamos “Sobresimulación” (magnificación deliberada de

síntomas pre-existentes) y la “Simulación verdadera” o propiamente dicha consistente en una actuación

deliberada, intencional y consciente utilizada para fingir una enfermedad inexistente, en la búsqueda de

un beneficio de renta.

Antecedentes Personales: .Enfermedad Actual: Pasos a seguir:

1°) De preferencia, el examen comenzará con el afiliado a solas en un tono cordial, no olvidemos que podemos estar en presencia de un psicótico y que de nuestra actitud dependerá la

confianza que le inspiremos.

2°) Si se agota el interrogatorio sin que hubiéramos obtenido datos significativos (eso puede ser

provocado por un cuadro de negativismo y oposicionismo esquizofrénico o por un psicópata simulador)

se entrevista a un familiar.

3°) Cuando los elementos no son concluyentes, corresponde derivar al afiliado a Psicología,

para observar su conducta por medio de otras pruebas.

4°) Si es necesario, citarlo para otro día, repitiendo la entrevista y los estudios, se comprobará

si hay coincidencias o discrepancias severas con la entrevista anterior.

5°) Se podrá requerir H.C. asistencial fehaciente (lamentablemente no se cuenta con Visitadoras o Asistentes Sociales).

Cuando se trata de una auténtica psicosis, si bien el comportamiento o la colaboración pueden

llegar a variar en el término de días, la fisonomía de la patología genuina se va a mantener y va a existir

generalmente una concordancia sobre la severidad del mismo cuadro. Otro tanto sucede con los Tests.

En cambio, un sobresimulador y mucho más un simulador, por muy bien asesorados que estén

no siempre resisten imperturbables, reiterados y largos interrogatorios; los Tests pueden llegar a diferir

entre sí, después de un tiempo prudencial porque no pueden ser recordados con exactitud (hecho que

no ocurre con las patologías verdaderas).

*Examen semiológico psiquiátrico.*

Inspección: Orientación . Conciencia de Situación Conciencia de Enfermedad:

Atención: Sensopercepción: Pensamiento: Juicio:

Memoria: Afectividad: Actividad: Conductas: Lenguaje:

La sospecha de falta de veracidad en estas respuestas exige la interconsulta con psiquiatra y/o

psicólogo con experiencia previsional o laboral con el fin de descartar "simulación".

En la Psiquiatría de riesgos del trabajo las afecciones psiquiátricas evaluadas en el presente, son las derivadas de las enfermedades profesionales que figuran en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Dichas afecciones comprenden: *Reacciones y desarrollos vivenciales anormales de etiología psicológico-vivencial conocidas también como trastornos por estrés post-traumático. estados vivenciales anormales con síntomas psicóticos, duraderos que tengan un nexo causal de índole laboral específico. desórdenes mentales orgánicos con o sin psicosis* provocados por agentes químicos, físicos o como

consecuencia de traumatismos de cráneo. los cuadros de deterioro cognitivo, los trastornos psico orgánicos adquiridos de la personalidad y de los impulsos como las psicosis orgánicas secundarios tanto a accidentes laborales con traumatismos de cráneo, como a intoxicaciones profesionales o por la acción de agentes físicos, serán evaluados teniendo en cuenta las alteraciones semiológicas detalladas en la clasificación desorden mental orgánico (Grado I, II, III, IV y sus grados intermedios). La Epilepsia post – traumática se contempla en el Capítulo de Neurología.

No serán resarcibles aquellos cuadros psicopatológicos de etiología congénita como las oligofrenias o retardos mentales, las psicosis de fundamento corporal desconocido como Esquizofrenias, Parafrenia, Paranoia ni las Psicosis Afectivas de etiología endógena e inmotivadas. **Tampoco serán resarcibles los cuadros en los que se comprueban tendencias finalistas como las Neurosis de Renta. Deberán tenerse en cuenta las diferentes formas de presentación de la Simulación a los fines de no confundirla con los cuadros psicopatológicos genuinos.** Los estudios complementarios cuyas anomalías no tengan expresión clínica, los hallazgos patológicos que no guarden relación laboral causal con el hecho que se investiga ni se objetiven en el examen psiquiátrico según arte de la pericia laboral, como asimismo, las manifestaciones conductuales que no guarden una coherencia sindromática esperable (en virtud de los mecanismos de la contingencia denunciada) no tendrán porcentaje de incapacidad laboral por esta Ley.

En el Área de psicología , los tests permiten una valoración objetiva del sujeto en observación

El examen realizado por psicólogos consiste en una entrevista psicológica semidirigida que permite corroborar los datos anteriormente aportados por el afiliado/ trabajador en las instancias anteriores . La batería de tests utilizada, comprende: el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach , los tests Gráficos y el *Test de Bender*: Creado para evaluar la evaluación visomotriz en niños. Fue empleado posteriormente para diagnosticar la organicidad. Permite realizar diagnósticos psicopatológicos y rasgos de personalidad. *Se utiliza en el campo jurídico para diagnosticar simulación.*

Dentro del área laboral de las contingencias de Riesgos del Trabajo pueden ocurrir situaciones particulares generadas por los cuadros de renta especulativa de diferente magnitud que va desde una inhibición deliberada, frente a las pruebas, hasta una magnificación de las dificultades o una simulación verdadera. Los tests tienen ya estudiados en cada uno de ellos, la forma más común de alterarlos, siendo este recurso de gran valor a los fines de su correcta interpretación profesional.

### ***Indicadores de simulación y de sospecha.***

Un autor que ha tratado profundamente del tema es Yudofsky, quien estableció en 1989 los siguientes **criterios indicadores de simulación**,

— Datos de historial clínico y exploración no son concordantes con las quejas.

- Síntomas mal definidos, erráticos o vagos.
- Dramatización de las quejas.
- Mala colaboración del sujeto en las exploraciones.
- Resistencia a aceptar un diagnóstico favorable.
- Presencia de heridas probablemente autoprovocadas.
- Análisis toxicológicos positivos.

- Manipulación del historial clínico, pruebas u otros registros.
- Historia de frecuentes heridas o accidentes.
- Perspectivas de cobrar una indemnización o pensión.
- Petición de drogas de abuso.
- El trastorno permite evitar actividades o situaciones desagradables.
- El trastorno puede exculpar de responsabilidades penales o del encarcelamiento.
  - Existencia de una personalidad antisocial previa

**“Índices de sospecha”:**

- Presentación en un contexto médico-legal.
- Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración/lesión explicados/referidos por la persona y los datos objetivos de la exploración médica
- Falta de cooperación y/o cumplimentación terapéutica durante la valoración diagnóstica; ausencia de respuesta al tratamiento convencional.
- Presentación de trastornos o rasgos caracteriales antisociales de la personalidad.
- Existencia de un beneficio externo (prolongación de baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, discapacidad, etc.).
- Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMN, TAC, signos de Waddell, Posturografía, etc.) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente.
- Distorsiones de respuesta en las pruebas de autoinforme (MMPI-2, SIMS, etc.).
- Discrepancias entre las pruebas de rendimiento neurocognitivo y la valoración subjetiva de dolor y la discapacidad por parte del paciente.
- Discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración subjetiva autoinformada

del sufrimiento del paciente.

- Baja adherencia a las prescripciones médicas y el tratamiento médico y/o psicológico.
- Incongruencia entre signos y síntomas presentados con el curso previsible de la  
patología en cuestión.
- La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo  
usual en la patología diagnosticada.
- Duración del tratamiento muy por encima de lo esperable, sin base etiológica para explicarlo.
  - Escasos o nulos avances terapéuticos.
  - Recidivas coincidentes con la posibilidad de alta laboral.
  - El paciente “predice” su empeoramiento o su falta de mejoría.
- Al menos, un profesional de la salud implicado en el diagnóstico y tratamiento sospecha de la posibilidad de simulación.

Se encontró que los *rasgos antisociales y el trastorno de personalidad antisocial* no son predictores útiles para identificar simulación de síntomas, es decir que, esto no se relaciona con la manera de exagerar síntomas, por lo consiguiente, no debe tener lugar en la evaluación, pues centrarse en este indicador puede resultar en grandes errores de clasificación. Por el contrario, se encontró que se encuentra como *indicador potencial la atribución de culpa criminal y factores de riesgo relacionados con aspectos sociales y económicos* (van Impelen, Merckelbach, Jelicic & à Campo, 2018).

Es necesario evaluar con pruebas que tengan escalas de validez, como lo son el MMPI-2 o el MCMI-III. También acompañarlo con la prueba SIMS, un inventario estructurado para la simulación de síntomas; o el TOMM, un test de simulación de problemas de memoria en caso de que haya una posible relación. No obstante, lo que

nos dará algo más tangible y seguro será, cuando pueda demostrarse una simulación o disimulación por otras vías como la entrevista, observación de la conducta, antecedentes es decir, cuando las fuentes de información sean múltiples, es aquí cuando pueda tener peso suficiente en un juicio

En el contexto forense siempre ha de sospecharse de simulación (American Psychiatric Association, 2002), al tiempo que, antes de determinar si existe daño psíquico deberá descartarse ésta. No obstante, esta tarea que se torna imprescindible, no se puede llevar a cabo mediante la evaluación clínica tradicional, basada en la entrevista clínica estándar e instrumentación psicométrica, debido a que ésta nunca ha informado de simulación (Rogers, 1997). Además, los instrumentos usuales de la evaluación clínica no son totalmente efectivos en la detección de la simulación ya que proporcionan información que la facilita (Arce y Fariña, 2009), esto es, en la mayoría de los casos consisten en tareas de reconocimiento de síntomas (entrevistas estructuradas y pruebas psicométricas). De modo que, cada vez se insiste más en la utilización de procedimientos específicos que evalúen la alteración psíquica y al mismo tiempo detecten la simulación.

Indicaciones para la detección de la simulación mediante la entrevista Vilar y Aliaga (2010) enfatizan que para detectar una simulación no puede usarse solo un instrumento o estrategia, sino que debe ser un proceso multidimensional. En este sentido, clasifican instrumentos a partir de:

- 1) el efecto suelo -aquellos que son extremadamente fácil y los simuladores responden erróneamente-;
- 2) la producción de respuestas inusuales -pruebas de habilidades que están tan aprendidas que las habilidades para realizarlas están preservadas, pero los simuladores fallan a propósito-;

3) la validación del síntoma -pruebas de elección forzosa, en donde hay dos alternativas, por lo tanto, si hay muchos errores se puede indicar que el sujeto conoce la respuesta correcta y deliberadamente elige la incorrecta- y

4) los instrumentos de uso clínico -estos corresponden a las pruebas neurológicas tradicionales, a las cuales se les han hecho algunas extrapolaciones para medir la simulación- (Vilar y Aliaga, 2010).

*Los síntomas fingidos o exagerados más comunes durante una evaluación neuropsicológica están asociados a la memoria, a la concentración, a trastornos del ánimo, al dolor, a alteraciones del sueño o a cambios en la personalidad* (Iverson, 2010). Al evaluar, se obtiene un rendimiento significativamente inferior, el cual a veces ni siquiera corresponde con el de pacientes con verdaderas alteraciones neurológicas. Sin embargo, existen algunos profesionales que creen que, si una persona tiene una enfermedad psiquiátrica o algún daño cerebral bien registrado, es imposible que aquella persona pueda fingir o exagerar, sin embargo, esa concepción resulta ingenua, pues sería equivalente a concluir que los individuos con estas afecciones son incapaces de participar en un comportamiento dirigido a un objeto -por ejemplo, exageración de los síntomas para influir en un aspecto judicial- (Iverson, 2010)

Es interesante poder tener *presentes al momento de la entrevista evaluadora*, las siguientes premisas en tres órdenes : de las conductas observadas, de lo dicho verbalmente, y lo establecido por el entrevistador. Estas serían.. .

*Conductuales* 1. Ausencia o disminución del contacto visual. 2. Menor expresión de manos y brazos. 3. Las palmas de las manos no se encuentran a la vista. 4. Los dedos están doblados hacia las manos. 5. Las piernas se encuentran dobladas o cruzadas. 6. Tonalidades asimétricas en la voz. 7. Distracción. 8. Interpretación de cuadros clínicos atípicos. 9. Poca relación entre la entrevista, la exploración física y el reporte. 10. Solicitud de intervenciones rigurosas. 11. Falta de adherencia al tratamiento. 12. Busca representar una imagen con signos de alguna enfermedad. 13. Negativista ante la confrontación. 14. Intranquilidad. 15. Niega responsabilidad y expresa defensividad. 16. Tics y gestos de desaprobación asociados a la mentira. 17. Interrupción de la entrevista antes de terminarla.

*Establecidas por el entrevistador* 1. Posibilidad de una ganancia secundaria o evitar una sanción. 2. Información contradictoria de familiares y de la documentación. 3. Presencia de un trastorno de la personalidad. 4. Alteración en las escalas de patología o validez. 5. Ausencia de deterioro en estudio retrospectivo.

*Verbales* 1. Carencia de precisión en el testimonio. 2. Aumento de la tensión al dar detalles. 3. Énfasis en la veracidad. 4. Finge problemas de memoria. 5. Demostración de altos estándares de principios y valores. 6. Respuestas que no son espontáneas, sino que ensayadas. 7. Confesión tácita. 8. Evasión de temáticas críticas. 9. Usar los mismos términos/palabras del interlocutor. 10. Usar términos de jerga técnica. 11. Contradicciones con datos personales e historia de vida. 12. Solicita que le repitan o aclaren algunas interrogantes. 13. Admite síntomas absurdos al cuadro clínico. 14. Ante preguntas de respuesta obvia responde lo contrario. 15. Ante preguntas exactas de respuestas aproximadas. 16. Ante una acusación se muestra evasivo.

Es necesario observar y registrar exhaustivamente todos los indicadores del lenguaje no verbal y cotejarlos con las respuestas dadas pudiendo aparecer los siguientes indicadores característicos de simulación: • Respuestas de máscaras, personas de espaldas, cubiertas, tapadas, encapuchadas, etc • Pocas respuestas • Tiempos de reacción alargados • Dificultad para dar las respuestas populares. • Múltiples preguntas y comentarios acerca del propósito del test. • Actitud de perplejidad. • Contenido sangre, explosión, choques de forma reiterada y exagerada. • Autorreferencias ligadas al hecho por el cual litiga. • Respuestas cargadas de dramatismo • Confabulaciones

*Dinámicas e indicios de conductas de simulación.* Según Jiménez y Sánchez (2004) se tiende a simular síntomas aislados y de corta duración (falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos e hipocondrías), siendo raro simular síndromes psicológicos completos por desconocimiento de detalles o coherencia de la patología. Por ello suele encontrarse como evidencia de la simulación una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas de varias enfermedades y falta de coherencia sintomatológica.

*Si bien la mayoría de los simuladores tienen un amplio conocimiento de los síntomas, a menudo fallan en adecuar esos síntomas a su vida cotidiana y ofrecen una descripción poco detallada (Inda et al., 2005). Además, los síntomas inventados suelen ser vagos o bastantes artificiosos y forzados (Pitman, Sparr, Saunders, y McFarlane, 1996). Por tanto, es necesario ser muy meticuloso en la obtención de la sintomatología y no proporcionar información alguna a la persona sobre cuáles son los síntomas claves de este trastorno y, asimismo, corroborar la información haciendo uso de los documentos que se estimen necesarios. En suma, ante la sospecha de simulación, a la hora de indagar en busca de información, se debe evitar inducir respuestas, utilizando preguntas del estilo: ¿y qué más?, ¿cómo es eso? e indagar sobre síntomas ajenos al estrés postraumático como son: aumento de autoestima, el deseo de hablar o la pérdida del deseo de dormir (En general, existe consenso en que para detectar de forma eficaz la simulación y valorar si existe huella es necesario el empleo de múltiples medidas que permitan contrastar la información y que controlen el engaño, tales como las entrevistas, las pruebas psicométricas y la observación conductual (Arce y Fariña, 2007)Varela y otros (2013) plantean que, el perito deberá evaluar los síntomas resultantes del hecho vivenciado como traumático y a partir de esto llegar a la conclusión de si hubo conformación patológica, la relación entre ella y el hecho al que se le atribuye y por lo tanto, si hay o no daño psíquico. Por lo que deberá investigar si el hecho ha sido tramitado como traumático o si se está frente a la simulación de síntomas. En todos los casos periciales, es menester el examen de la intención simulatoria del sujeto examinado. Ello por cuanto no se desconoce la existencia de pretensiones contrapuestas en un proceso judicial.*

Algunos autores encontraron que las patologías más susceptibles de simulación en contextos médico-legales (para gestionar incapacidades o pensiones) se relacionaban con dolor crónico y trastornos emocionales; siendo que discapacidad relacionada con trastornos mentales y enfermedades físicas para reducir o eliminar responsabilidad legal prevalece en contextos forenses criminales

Otras dinámicas a tomarse en cuenta respecto a la simulación. Un aspecto que se constituye como un buen indicador de simulación, es el conocimiento inadecuado o incompleto de los trastornos fingidos, por ello se tiende a actuar un menor número de síntomas y creer que cuanto más extraño sea el comportamiento, más convincente la demostración de la supuesta psicosis.

. Las estrategias de afrontamiento son importantes, ya que los síntomas reales tienden a disminuir cuando hay distracciones con otras actividades. Para Resnick y Knoll (2008) se debe considerar simulación cuando se alega un impulso repentino o irresistible de tipo obsesivo, ya que es extremadamente improbable que un impulso pueda ser incontrolable en su primera aparición; los impulsos incontrolables genuinos se caracterizan por persistencia patológica de un pensamiento o sentimiento ego-distónico. s.

Incidencia y aproximaciones a un “perfil” de la simulación.

Para personas que intentan simular en contextos legales, Arce (2006) presenta el siguiente perfil: • La simulación es más frecuente en hombres entre 24 y 56 años. • El nivel sociocultural del simulador suele ser bajo. • Las personas suelen ser generalmente oportunistas y cambiantes. • Sus ingresos hospitalarios son escasos y de baja duración. • Rechazan evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente. • Existe perturbación consciente, con control voluntario de la sintomatología

### .Escala y Tests

Entre las escalas conocidas, para evaluar la simulación y la disimulación, se pueden utilizar pruebas como el MMPI-2, el MCMI-III, la SIMS o el TOMM. Sin embargo, esto no es suficiente, y habrá que poder demostrar la simulación o la disimulación por otras vías, como la entrevista, la observación de la conducta o los antecedentes

El **inventario estructurado de simulación de síntomas, SIMS** (Structured Inventory of Malingered Symptomatology), es una medida de autoinforme que consta de 75 ítems de verdadero-falso que sirven como screening para la detección de patrones de

[simulación](#) de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos. Estudios previos con esta prueba han mostrado altas tasas de detección de sujetos simuladores en contextos clínicos, médico-legales y forenses (Widows & Smith, 2005; Edens, Poythress y Watkins-Clay, 2007). . Se compone de 75 ítems de verdadero y falso que evalúan cinco escalas: psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos. Es una prueba de aplicación breve y de sencilla interpretación. Permite observar, por la vía del despistaje, qué sintomatología aparece de forma atípica o si el sujeto pretende simular un trastorno concreto, existiendo un punto de corte a partir del cual se puede considerar sospecha de simulación. sí es utilizada como prueba de *screening* .

El **MCMI-II** proporciona información validada empíricamente para apoyar el diagnóstico en diversos ámbitos: clínico, médico y forense. Es idóneo para aplicar a individuos que presentan tanto problemas emocionales como conductuales o interpersonales. Cuenta con 4 índices de validez y 24 escalas clínicas según el nivel de gravedad: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves ([Winberg y Vilalta, 2009](#)) un instrumento de evaluación que detecta patrones de simulación de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos.

El **MCMI-III** es un cuestionario autoinformado que evalúa la personalidad de adultos. En él se evalúan los trastornos de personalidad descritos en el DSM-IV-TR. Las escalas del MCMI-III se organizan de la siguiente manera:

Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista

El **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)**, por sus siglas en inglés: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) es una de las pruebas de [personalidad](#) más usadas en el campo de la [salud mental](#). Su diseño está enfocado a la identificación del perfil de [personalidad](#) y la detección de [psicopatologías](#).

El **MMPI-2-RF** es un test clásico en Psicología. Se trata de un instrumento para la evaluación de las características psicopatológicas globales y específicas del individuo (escalas clínicas reestructuradas), trastornos psicosomáticos, intereses y personalidad psicopatológica, así como de distintos aspectos de sinceridad en las respuestas de los

individuos Por lo tanto supone un instrumento muy útil tanto para la psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología, selección de personal, psicología del tráfico, peritajes forenses

El profesional debe regir sus resultados en función de *minimizar la clasificación de falsos positivos*, situación que es crítica en el contexto forense. Por lo tanto, se ha encontrado que *los errores relacionados con falsos positivos disminuyen cuando se implementan enfoques o aproximaciones multi-método en la evaluación de simulación de síntomas*. Los resultados de los estudios sugieren que la complejidad que implica la evaluación de este constructo, requiere de la precisión de diferentes estrategias de detección y medidas empíricamente validadas. Por lo tanto, como recomendación, se establece que los instrumentos que contengan escalas de validez sean respondidos por los usuarios en presencia del evaluador, tener en cuenta una actitud neutral del evaluador respecto a las descripciones o preguntas realizadas por el evaluado, con el fin de no orientar o sugerir sus respuestas (Álvarez Bello, 2013)

Entrevista estructurada de síntomas informados (**SIRS**) El SIRS es una herramienta esencial para detectar la simulación. Consta de varios ítems diseñados para identificar si el sujeto está exagerando o inventando síntomas. Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS) Es especialmente relevante en casos de compensación laboral o reclamaciones de seguros, donde un individuo podría beneficiarse de simular una enfermedad o lesión. Está elaborada a partir de tres tipos de preguntas, que constituyen un total de 172 ítems desarrollados específicamente para medir la simulación. Estos tres tipos de cuestiones son (Rogers, 1997): a. Preguntas detalladas: valoran síntomas específicos y su severidad. b. Preguntas repetidas: miden la consistencia de las respuestas. c. Preguntas generales: evalúan síntomas específicos, problemas psicológicos y patrones de síntomas. La *principal ventaja de esta entrevista consiste en que consigue eliminar la subjetividad propia de la observación clínica* (Kropp y Rogers, 1993) Se entiende que la SIRS es un instrumento *válido con poblaciones criminales y no criminales* (Gothard,

*Rogers y Sewell, 1995; Rogers, 1997b), ya que posibilita distinguir entre sujetos honestos y simuladores y entre simuladores de distintos trastornos mentales, auténticos pacientes y sujetos normales, tal como evidencian varios estudios (Melton, Monahan y Saks, 1997;*

## **8.CONSIDERACIONES Y ANÁLISIS**

Al analizar las respuestas de los encuestados, surge que respecto de la definición de simulación, el 93.33% respondió correctamente como la producción presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o groseramente exagerados, donde existe siempre una motivación externa, un objetivo claro y evidente, eludir situaciones peligrosas o difíciles , una responsabilidad o castigo, conseguir compensación económica. Importante esto para situar el problema.

La amplia mayoría (83.34%) contestó que se encuentran con casos de simulación con frecuencia , 26.67% muy frecuentemente y 56.67% frecuentemente. Ninguno contestó que nunca o rara vez. Esto coincide con lo descrito en el desarrollo del trabajo, acorde a la especificidad del trabajo del legista.

Acerca de si este problema puede afectar la calidad de la evaluación pericial, tornandolo mas dificultoso, también una amplia mayoría (80%) considero dificultoso el lidiar con individuos simuladores, siendo un 23.33 % los que consideran que es significativa la dificultad, mientras que un 56.67 % opina que es moderada. Ninguno considero que contribuye a disminuir la dificultad. Pero respecto a que no afecta significativamente la dificultad, un 20 % lo considera de esta manera. En este punto me permito agregar una apreciación, que tiene que ver con un intercambio fuera de la encuesta online, donde los legistas con más años de experiencia opinaban que si bien presente y dificultosa, no modifica significativamente su evaluación.

Respecto a la detección de la simulación y la apreciación subjetiva sobre cuales serían motivos para ella,fue un poco más dispar, el 46.67% dijo que por falta de pruebas

objetivas, 33.33% por la subjetividad en la evaluación, 16.67% por falta de formación específica, y solo 1, el 3.33% considero que la presión externa de abogados o aseguradoras tendría esa influencia.

En las dos últimas preguntas sobre los métodos más adecuados para la detección de simulación, psíquica, y física, el trabajo interdisciplinario y la suma de todos los métodos propuestos obtuvieron la mayoría de las respuestas en el área psíquica un 83.34% total, y en la simulación física, un 86.67%.

En mi opinión, entiendo que estos resultados, ponen de manifiesto que lo particular de la tarea pericial exige métodos de trabajo que aseguren objetividad, perspectiva, posibilidad de detección de inconsistencias, a partir de la convergencia de datos que provienen de distintas fuentes de información. Y todo ello, incluyendo un abordaje que incluya la interdisciplina.

## **9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Por todo lo anteriormente descrito, considero que sigue siendo indispensable la discusión sistemática en los ámbitos académicos de formación del médico legista la existencia, detección, abordaje, de la presencia de simulación en su tarea. En la medida que el especialista se sienta más preparado para ello, menores serán las posibilidades de subdirección, o peor aún, de falsos positivos que pueden acarrear numerosas consecuencias negativas. A su vez, ayudará al médico a detectar su incomodidad respecto de la realización de su trabajo frente a un sujeto que deliberadamente lo está engañando, pudiendo mantener la distancia y objetividad que se espera de su tarea.

## **-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

-Vol. 31 (1), Marzo 2014. ISSN 1409-0015 Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual

© 2014. Asociación Costarricense de Medicina Forense - ASOCOMEFO.

Recibido para publicación: 29 de Octubre de 2013. Aceptado: 15 de diciembre de 2013

Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación para ayudar a establecer inimputabilidad. Cristian Mora Víquez\*

**-PERITAJE PSICOLÓGICO Y DAÑO PSÍQUICO**

**PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND PSYCHIC DAMAGE**

Puhl, Stella M.1; Izcurdia, M. de los Ángeles2; Oteyza, Gabriela2; Gresia Maertens, Beatriz H.3. FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA / SECRETARÍA DE

INVESTIGACIONES / ANUARIO DE INVESTIGACIONES / VOLUMEN XXIV

**-PROTOCOLO DEL CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO”** Gerencia de Comisiones Médicas AÑO 2004.

-Tabla de evaluación de incapacidades laborales . Manual de procedimiento para el diagnóstico de las enfermedades profesionales. Ediciones del país. marzo de 2014. 7ma reimpresión febrero 2019

- Fundamentos Teórico-Técnicos para la Comprensión y Detección de la Simulación de Déficits Neurocognitivos Theoretical-Technical Foundations for the Understanding and Detection of the Simulation of Neurocognitive Deficits Cristian Blanco Unidad de Neuropsicología Clínica, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

**- Inventario estructurado de simulación de síntomas ?SIMS. Una medida de screening de simulación de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos.**

Fecha Publicación: 01/03/2008

Autor/autores: Pablo Santamaría Fernández

-<https://www.josecarlosfuertes.com/simulacion-disimulacion-y-sobresimulacion/>

- Spinetto, M. (2005). Proceso psicodiagnóstico en simulación. VERTEX - Revista

Argentina de Psiquiatría, 16(61), pp. 206-212. <http://www.polemos.com.ar/vertex61.php>

-<https://www.isep.es/actualidad/la-simulacion-y-disimulacion-en-psicologia-forense/> La

**simulación y disimulación en psicología forense. María Cotan Ruiz.**

- ([Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008](#)).

**-Estudio de caso: ¿simulación o trastorno de personalidad múltiple?Case study: malingering or multiple personality disorder?Alba García-Cortés<sup>a</sup> , Francisco Pérez-Fernández<sup>a</sup> , Beatriz Corbí-Gran<sup>b</sup> , Claudia Martín-Moreno-Blasco<sup>a</sup>**

Universidad Camilo José Cela, Madrid, España. Centro Universitario Villanueva, Madrid, España

-Chica, E.: “La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador”. Revista colombiana de psiquiatría. Suplemento número 1. Vol. XXXIV. 2006. - Covelli, J.L.: Manual de Psiquiatría Forense. Dosityuna. Buenos Aires. 2016. - Covelli, J.L- Roffano, G. J.: Daño Psíquico: Aspectos Médico Legales. Dosityuna. Buenos Aires. 2008. - Diaz Salazar, C. E.: “La simulación y disimulación en medicina evaluadora”.Med.Segur.Trab.; 60; 379-391. 2014

-Ingenieros, J.: Simulación de la locura. Clásica Ediciones. Buenos Aires. 1901.  
Romero, F. C.: “El diagnóstico de simulación en el campo de la psicología forense”.  
[http://www. Psicologema.com/pericia-psicológica](http://www.Psicologema.com/pericia-psicológica)

-Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta, Psiquiatría Clínica, Harold Kaplan, Benjamin Sadock. Ed Médica Panamericana. Octava edición.

**-SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA FORENSE** .por Antonio H. Bruno y Javier Cabello

[-La simulación y disimulación en medicina evaluadora .Simulation and deception in assessing practice](#)

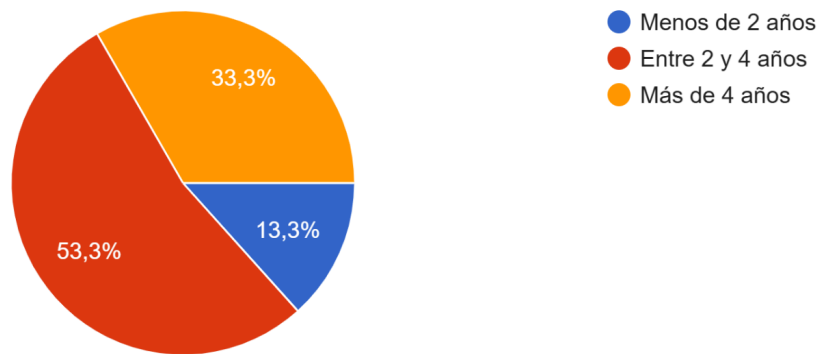
César Eloy Díaz Salazar

## ANEXOS

### -GRÁFICOS

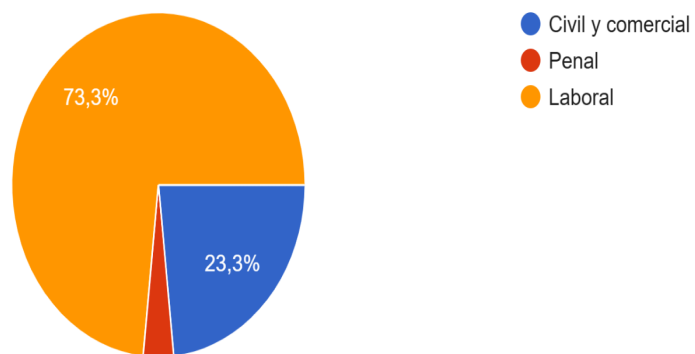
Cuantos años lleva ejerciendo como médico legista?

30 respuestas



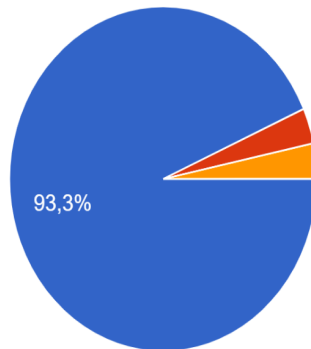
En que tipo de casos realiza principalmente evaluaciones periciales? Marque solo 1(una) opción

30 respuestas



### Que entiende usted por Simulación en el contexto de una evaluación médica ?

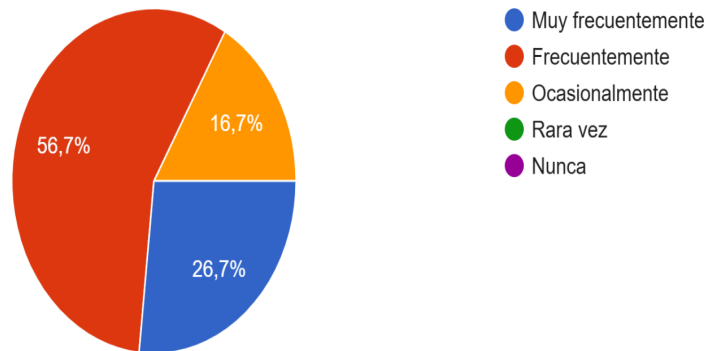
30 respuestas



- La producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o groseramente exagerados, donde existe siempre una motivación extern...
- La producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psíquicos, en la que la motivación es interna, una necesidad intrapsíquica de mantener...
- Presencia de síntomas y signos físicos o psíquicos, sin que exista una enfermedad o causa física objetivame...

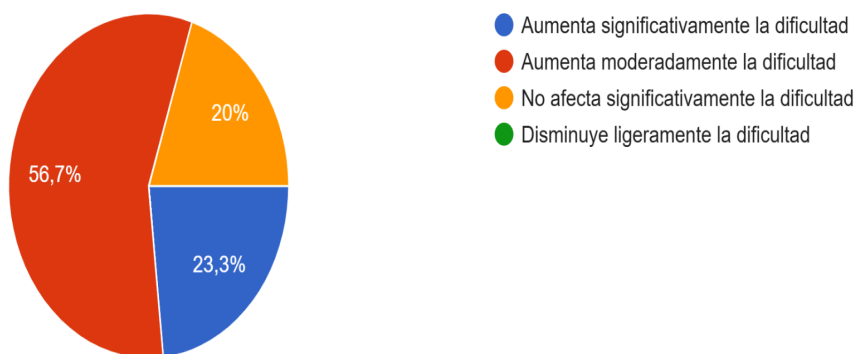
Con que frecuencia se encuentra con casos en los que sospecha de simulación?

30 respuestas



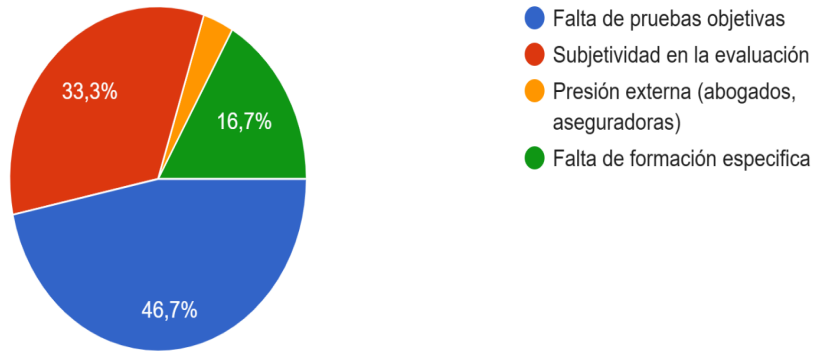
Como considera que la simulación afecta la calidad de sus evaluaciones periciales?

30 respuestas



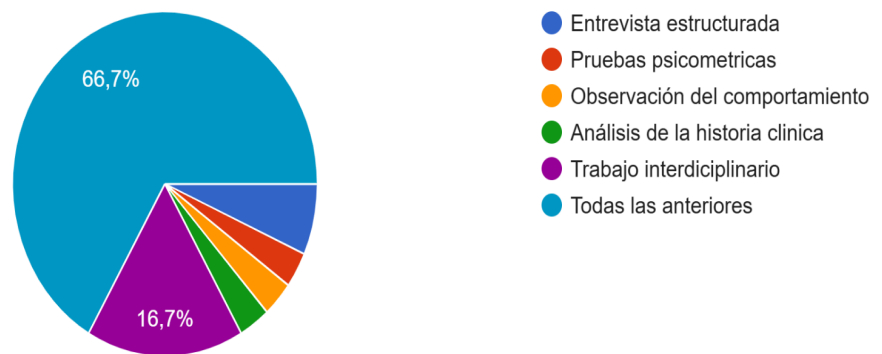
### Cuales considera que son las principales dificultades para detectar la simulación?

30 respuestas



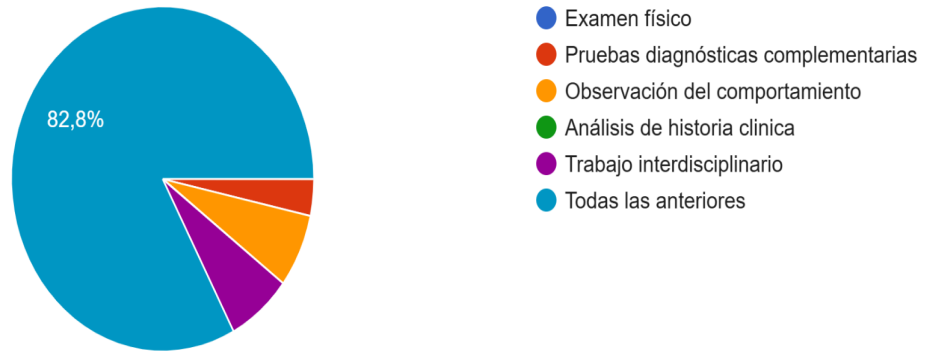
### Cuales cree son los métodos más adecuados para la detección de simulación psíquica?

30 respuestas



### Cuales cree son los métodos más adecuados para la detección de simulacion física?

29 respuestas



## **-CUESTIONARIO**

1-Cuántos años lleva ejerciendo como médico legista?

Menos de 2 años

Entre 2 y 4 años

Más de 4 años

2-En qué tipo de casos realiza principalmente evaluaciones periciales? Marque solo 1(una) opción

Civil y comercial

Penal

Laboral

3-Qué entiende usted por Simulación en el contexto de una evaluación médica ?

la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o groseramente exagerados, donde existe siempre una motivación externa, un objetivo claro y evidente, eludir situaciones peligrosas o difíciles, una responsabilidad o un castigo, conseguir una compensación económica

la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos en la que la motivación es interna, una necesidad intrapsíquica de mantener el rol de enfermo

presencia de signos y síntomas físicos o psíquicos sin que exista una enfermedad o causa física objetivamente que pueda explicarlos, en paciente no familiarizado con términos médicos o costumbres hospitalarias, con una relación temporal directa o una referencia simbólica a conflictos emocionales específicos.

4-Con qué frecuencia se encuentra con casos en los que sospecha de simulación?

Muy frecuentemente

Frecuentemente

Ocasionalmente

Rara vez

Nunca

5-Cómo considera que la simulación afecta la calidad de sus evaluaciones periciales?

Aumenta significativamente la dificultad

Aumenta moderadamente la dificultad

No afecta significativamente la dificultad

Disminuye ligeramente la dificultad

6-Cuáles considera que son las principales dificultades para detectar la simulación?

Falta de pruebas objetivas

Subjetividad en la evaluación

Presión externa (abogados, aseguradoras)

Falta de formación específica

7- Cuáles cree que son los métodos más adecuados para la detección de simulación psíquica?

Entrevista estructurada

Pruebas psicometricas

Observación del comportamiento

Análisis de la historia clínica

Trabajo interdisciplinario

Todas las anteriores

8-Cuáles cree que son los métodos más adecuados para la detección de simulación física?

Examen físico

Pruebas diagnósticas complementarias

Observación del comportamiento

Análisis de historia clínica

Trabajo interdisciplinario

Todas las anteriores