Curso de postgrado en Medicina Legal

SIMULACIÓN.
EL DAÑO PSÍQUICO EN SINIESTROS DE TRÁNSITO.
ASFALOLOGÍA MÉDICO-LEGAL

.

Autora: Dra María Virginia Venialgo Acevedo

Trabajo final de investigación presentado para la obtención del título Profesional: Médico Legista

Directora de la Carrera: Prof. Dra Alicia Beatriz Vermé
Tutor Orientador: Prof. Dr. Alejandro Antonio Basile
Asesor Metodológico: Prof. Dr. Diego Bernardini.

Buenos Aires, diciembre 2019

A) AGRADECIMIENTOS

La Medicina Legal, como especialidad médica, es un verdadero puente entre la Medicina y el Derecho, a través del cual se trasmiten los conocimientos de las ciencias médicas, con el objetivo de asesorar, para una mejor administración de la justicia.

En la formación de esta tarea agradezco a todos aquellos que han colaborado en la educación y aprendizaje como médico legista; a quienes me enseñan en el día a día en la tarea laboral; a mi familia, mi marido y mis hijos, que ha sabido acompañar mis horas de estudio y de cursada; a mis compañeras de postgrado que contribuyeron a que la etapa compartida fuese enriquecedora en lo profesional y en lo humano; a mis hermanos por estar siempre; y, por su puesto a mis padres, a quienes agradezco por la vida, el amor y la educación que me han dado.

Un reconocimiento especial a aquellos que colaboraron en la presentación de este trabajo:

Al Profesor Dr. Alejandro Basile, quien de manera incondicional, dispuesto a transmitir su sabiduría, fue guiándome en este camino.

Al Profesor Dr. Diego Bernardini por orientarme, con su conocimiento y experiencia en metodología de la investigación.

A las Profesoras Dras Alicia Vermé y Paola Martin por acompañarnos a lo largo de estos dos años en la formación profesional.

A mis compañeros de trabajo por sus aportes bibliográficos, de experiencia e ideas.

A todos ellos. Gracias

B) CARTA DEL TUTOR ORIENTADOR

Prof.Dr. Alejandro Antonio Basile: Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Médico Legista, médico del trabajo. Médico psiquiatra universitarios y Licenciado en Criminología (UBA). Exprofesor regular adjunto de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Profesor titular emérito de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Profesor de Medicina Legal del Trabajo en la Carrera de Médicos Legistas, del Instituto de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Fundación H. A. Barceló y de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Ex miembro titular de Comisiones Médicas Juridisccionales (SRT y SAFJP). Socio fundador de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina (AMFRA, 1981). Expresidente del Colegio de Peritos Médicos Legistas de CABA. Premio “Dr. Eduardo Wilde” (Facultad de Medicina de la UBA, 1991 y 1996). Premio “Ateneo de la Cátedra de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, UBA, 1989. Premio XII Seminario Nacional de Médicos Forenses de la República Argentina “Dr. Nerio Rojas”. Premio “Dr. José Belbey” de la Asociación Médica Argentina, 1988. Maestro de Medicina Legal de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina (AMFRA). Visitante Ilustre de las FAculatades de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Nacional de Rosario.

C) CARTA DEL ASESOR METODOLÓGICO

Prof. Dr. Diego Bernardini MD. PhD. Doctor en Medicina, Universidad de Salamanca, España.
Profesor Titular de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor Titular de Postgrado, Fundacion Barcelo, Buenos Aires.

Diego Bernardini <doctor.bernardini@gmail.com>

Para: María Virginia Venialgo Acevedo

16 nov. a las 11:54

HolaMa Virginia,

El trabajo me parece muy interesante y en mi criterio esta para ser expuesto. Respecto de la carta podes enviármela en formato pdf, la firmo y te la reenvío por la misma vía.

Seguimos en contacto,

Diego

Prof. Dr. Diego Bernardini MD. PhD

Doctor en Medicina, Universidad de Salamanca, España.

Profesor Titular de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Profesor Titular de Postgrado, Fundacion Barcelo, Buenos Aires.

Linkedin: linkedin.com/in/diego-bernardini-6a7b981b

Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Diego_Bernardini-Zambrini

Be Press: works.bepress.com/diego_bernardini/

D) AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA

YO, MARÍA VIRGINIA VENIALGO ACEVEDO AUTORIZO A LA INSTITUCIÓN, FACULTAD BARCELÓ A DIGITALIZAR EL TRABAJO Y PUBLICARL EN SU BIBLIOTECA.

E) CONFLICTO DE INTERESES:

YO, MARÍA VIRGINIA VENIALGO ACEVEDO DECLARO NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES.

F) RESPONSABILIDADES ÉTICAS

POR LA PRESENTE SE GARANTIZA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS. LA AUTORA DECLARA QUE EN ESTE TRABAJO NO APARECEN DATOS DE ACTORES, DEMANDADOS NI PERITOS.

ÍNDICE

1) Resumen ..... Pág. 8
2) Introducción
a- Definición de simulación ..... Pág. 9
b- Definición legal del concepto de simulación ..... Pág. 11
c- Historia ..... Pág. 12
d- Tipos de simulación..... Pág. 14
e- Formas de producción de la simulación..... Pág. 15
f- Criterios diagnósticos según DSM V..... Pág. 16
g- Diagnósticos diferenciales..... Pág. 17
h- Herramientas diagnósticas..... Pág. 19
i - Daño psíquico..... Pág. 27
j- Accidente..... Pág. 28
k- Asfalología ..... Pág. 29
l- Valoración diagnóstico en medicina legal ..... Pág. 30
3) Material y método ..... Pág. 31
4) Resultados ..... Pág. 32
5) Consideraciones médico legales (discusión) ..... Pág. 35
6) Conclusión..... Pág. 41
7) Tablas..... Pág. 42
8) Gráficos ..... Pág. 45
9) Bibiliografía ..... Pág. 48
10) Anexo ..... Pág. 50

1) RESUMEN

La finalidad de este trabajo es reconocer si en las pericias, evaluadas en el contexto de la medicina del seguro en un período comprendido entre septiembre y diciembre del 2018, en Argentina, se refleja que ha sido valorado el diagnóstico de simulación de manera objetiva. Utilizando el término simulación como el conjunto de la misma en cualquiera de sus formas.

Se han analizado **139 pericias médicas/psiquiátricas** en litigios por accidente de tránsito y se observó que: **en el ninguno de los casos se había realizado el diagnóstico de simulación ni se había objetivado fehacientemente que el mismo ha sido descartado**. Se infiere que sólo en el **31,65%** de las pericias evaluadas **podría demostrarse parcialmente que ha sido descartada**; mientras que en el **68,35% restante el perito no ha hecho mención al respecto**.

De esas pericias en las cuales el experto manifiesta haber descartado simulación un 77,27% ha descripto el examen psiquiátrico y un poco más del 20% no lo ha informado (22,73). Respecto a los estudios complementarios de los que no refirieron haber descartado simulación, el 16,66% (23 peritajes) utilizaron técnicas válidas para dicha evaluación, y, de los que sí lo hicieron, el 12,94 % (18 peritajes) administraron los test correspondientes.

Palabras claves: Simulación. Pericias psiquiátricas. Daño psíquico. Simulación patología psiquiátrica. Daño psíquico en accidentes de tránsito. Psiquiatría forense.

ABSTRACT

The purpose of this work is to recognize whether in the expertise, evaluated in the context of insurance medicine in a period between September and December 2018, in Argentina, it is reflected that the simulation diagnosis has been assessed objectively. Using the term simulation as the set of it in its different forms.

139 medical / psychiatric examinations in traffic accident litigation have been analyzed and it was observed that: **in none of the cases the simulation diagnosis had been made or it was not objectively confirmed that it has been ruled out**. It is inferred that only **31.65%** of the assessed expertise **could partially prove that it has been discarded**; while in the remaining **68.35% the expert did not mention it**.
Of those skills in which the expert claims to have discarded simulation 77.27% have described the psychiatric examination and a little more than 20% have not reported it (22.73). Regarding the complementary studies of those who did not report discarding simulation, 16.66% (23 expert opinions) used valid techniques for such evaluation, and, of those who did, 12.94% (18 expert opinions) administered the corresponding tests.

Keywords: Simulation. Psychiatric Expertise Psychic. Damage Psychiatric. Psychiatric pathology simulation. Psychic damage in traffic accidents. Forensic Psychiatry

2) INTRODUCCIÓN

a- DEFINICIÓN:

La etimología de la palabra simulación deriva del latín, *simulatio, cuyo significado es la acción de simular o imitar lo que no se es; que proviene a su vez del vocablo similis (semejante).* Se podría decir que es una mentira plástica, en la cual el sujeto puede fingir, alegar, exagerar, falsear, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada, y que con un esfuerzo mantenido durante un tiempo determinado busca el conseguir un beneficio o provecho inmediato. Este suele ser de tipo económico o implica eximirse de deberes y obligaciones.
Podemos decir también, que se trata de la producción intencional de SÍNTOMAS FÍSICOS O PISCOLÓGICOS FALSOS O EXAGERADOS MOTIVADOS POR INCENTIVOS EXTERNOS.

Los ítems que permiten realizar el diagnóstico de simulación son:

a. Actitud psíquica: disposición mental dirigida a obtener un beneficio secundario a través de un engaño.
b. Consciente y voluntaria: la persona puede discernir y ejecutar el acto previamente elaborado y planificado.
c. Representación plástica: a través de la expresión psicomotriz se presenta el evento mórbido que se usa para el engaño.
d. Evento mórbido: es la patología que se desea representar.
e. Intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar: obtención de un beneficio legal, vinculado a una situación jurídica.
f. Limitación temporal de la simulación**:** Asimismo comprende la coordenada temporal, pues la simulación no discurre indefinidamente en el tiempo. En efecto, la simulación implica la disociación instrumental del actor, vale decir, una disociación voluntaria y consciente, ya que si la disociación fuera inconsciente, no habría representación de psicopatología alguna, sino trastorno mental. Por lo tanto, el simulador en algún momento cesa la simulación, ya que no la puede sostener permanentemente en el tiempo.

Se puede considerar que existen tres grandes ámbitos o áreas de simulación: la simulación de trastornos mentales, la simulación de deterioro cognitivo y la simulación de síntomas físico somáticos (Greene, 2008; Rogers, Sewell y Gillard, 2010). Cada uno de ellos tiene sus particularidades, tanto en los métodos de detección como en las propias características de la simulación (Cercy, Schretlen y Brandt, 1997).

El simulador de trastornos mentales debe centrar su atención en crear un conjunto de síntomas creíbles y coherentes, incluyendo su comienzo y desarrollo, su grado de consciencia sobre los mismos, así como el nivel de impacto en su vida diaria. Por el contrario, el simulador de trastornos cognitivos no se centra tanto en esta organización de síntomas, sino en mostrarse incapaz de resolver tareas cognitivas, teniendo que determinar en qué medida falla y cómo le afecta a su vida diaria. Ante las tareas cognitivas, deben aparentar poner todo su esfuerzo en resolverlas y, aún así, fallarlas.

Finalmente, la simulación de quejas médicas es más compleja que los otros dominios por la diversidad de formas en que puede manifestarse. Puede centrarse en un único síntoma incapacitante (p. ej., dolor), puede retratar una constelación de síntomas

relativamente comunes que causan malestar (p. ej., dolor de cabeza, fatigas y problemas gastrointestinales) o especializarse en síndromes complejos (p. ej., Fibromialgia).

Aunque frecuentemente los simuladores entremezclan las áreas que simulan (p. ej., puede simular dolor junto con trastornos afectivos y alteraciones cognitivas), es importante destacar que, dadas las diferencias entre los dominios, las escalas de detección son relativamente específicas a cada uno de ellos (Nelson, Sweet, Berry, Bryant y Granacher, 2007). Esto es, los resultados negativos en un test de simulación psicopatológica no descartarán la presencia de simulación en las áreas cognitiva o médica o, a la inversa, su presencia no es reflejo de que el individuo esté simulando en todas ellas (Berry y Granacher, 2009).

b- DEFINICIÓN LEGAL DEL CONCEPTO DE SIMULACIÓN

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.

Según el Baremo AACS (Asociación Argentina de Compañía de Seguros) 2012 Versión 1.2 Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas se describe que dentro de los síndromes psiquiátricos solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESIÓN PSICÓTICA que tengan un nexo causal específico postraumático, debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc y se agrega en una "Nota: Por las características de estos exámenes de evaluación de la incapacidad, deberá estudiarse para descartar las posibles: simulaciones, metasimulasiones o perseveración y sobresimulación".

c) HISTORIA

La simulación es un tipo de conducta humana tan antigua como la humanidad, y tanto datos históricos (de Grecia, Roma, la Edad Media, etc.) como textos sagrados (la Biblia) nos muestran que ha existido en todas las épocas, en todas las civilizaciones y en todas las clases sociales.

Decía Blas Pascal que "el hombre no es más que disfraz, mentira e hipocresía, y todas estas disposiciones tan alejadas de la justicia y de la razón, tienen una raíz natural en su corazón". Considerados como los pilares de la simulación, la mentira, el egoísmo y la hipocresía son inherentes a la condición humana.

Incluso podemos decir que la simulación es más antigua que el hombre mismo, ya os animales, de las formas más diversas, se sirven del disfraz, del disimulo y del mimetismo o camuflaje para defenderse de sus depredadores (muchos animales, grandes y pequeños, "se hacen los muertos" para huir de sus perseguidores y utilizan otras artimañas para engañar y hacer caer en la trampa a sus presas o pasar desapercibidos) (J.M. Reverte).

En la Biblia se recogen claros casos de simulación de enfermedades:

- Raquel, hija de Labán, simula una menstruación para que no se descubra su robo ("no se enoje mi señor, porque no me puedo levantar delante de ti, pues estoy con la costumbre de las mujeres").
- El rey David, al ser descubierto en su refugio en casa del rey Aquis, "se fingió loco entre ellos, comenzó a demudar su semblante, y se dejaba caer entre los brazos de la gente, dándose de cabezazos contra las puertas y haciendo correr la saliva por su barba".
- Jacob simula, con la ayuda de su madre Rebeca, ser su velludo hermano Esaú con unas pieles de cabrito para que su padre, Isaac, ya viejo y ciego, lo bendiga y le entregue la primogenitura (simulación, sustitución o suplantación de personalidad).
- Amnón, hijo de David, enamorado de su propia hermana, simula estar enfermo para abusar de ella.

A lo largo de la historia muchos autores (médicos, historiadores, escritores, etc.) han tratado sobre este concepto:

- Hipócrates (siglo V a. c.), en su Tratado de los aires, de las aguas y de los lugares, describió una forma científica la simulación frecuente en los soldados de los ejércitos asiáticos para evitar luchar en las guerras.
- Durante el siglo III, Galeno (médico, cirujano y filósofo griego) estableció unas reglas para diferenciar los dolores reales de los simulados, dando lugar al primer tratado sobre las enfermedades simuladas.
- En el siglo I, Cayo Suetonio Tranquilo (historiador romano) cuenta que Claudio, cuando llegó a ser emperador, contó que había simulado ser imbécil para salvar la vida durante el reinado de Calígula.
- Ejemplos en la picaresca española, en todos nuestros grandes escritores.
- Sixto V simuló una vejez precoz, y cuando lo nombraron Papa, tiró las muletas, se irguió y entonó el Tedeum con voz potente.
- En los inicios de la medicina legal clásica, Ambrosio Paré, Fortunatus Fidelis, Silvaticus y Zacchias realizaron estudios sobre el tema.
- En nuestro medio, Cristóbal Pérez Herrera, médico de galeras en el siglo XVI, publicó sobre la simulación; en su libro, *Discursos del amparo de los legítimos pobres*. Madrid: Luis Sánchez; 1598. Pérez de Herrera describe que había encontrado el sitio idóneo para edificar un albergue para los pobres e hizo referencia a la necesidad de

separar a los simuladores, de los pobres verdaderos pues hasta había espías de otros países extranjeros, que se camuflaban, disfrazados de menesterosos.

También José Ingenieros (1877-1925) quien se dedicara ampliamente al tema de la simulación en nuestro país, reconoce varios ejemplos históricos:

- El legislador griego Solón, quien aparentó estar fuera de juicio a fin de convencer a sus conciudadanos de la necesidad de recobrar Salamina, recitando en la plaza pública un poema, con un gorro en la cabeza a la manera de los enfermos (Plutarco, Vida de Solón, VIII, Ed Iberia).
- En una ocasión, Ulises (Odiseo), para no ir a la guerra de Troya y quedarse con Penélope, se fingió loco poniendo un buey y un caballo a arar y sembrando sal, en vez de trigo (Cicerón, Oe Officiis , cap. XXVI, etc.); fue necesario el ingenio agudo de Pelamedes 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 Agamenó. Situación que diera origen a una tragedia perdida de Sófocles, cuyo título fue Odisseus Mainómenos (Odiseo preso de manía).

Y su máxima extensión y desarrollo se produce a partir de la aplicación de las leyes sociales de protección ante accidentes de trabajo, accidentes de circulación y pensiones (protección social), detectándose este tipo de engaño o mentiras en todas las culturas, clases sociales y edades (niño que finge enfermedad para no ir al colegio, por ejemplo).

d- TIPOS DE SIMULACIÓN.

Se simula bien aquello que se imita, se padece o se ha padecido, afirma Lassegue, pero con frecuencia, el deseo de una mayor remuneración exita, bajo su influencia la facultad imaginativa del sujeto, creando unas veces, exagerando, perseverando o amplificando esos síntomas, llegando en ocasiones a provocar verdaderas neurosis.

Marco et al. distinguieron en 1990, entre otros autores, los siguientes tipos de simulación:

- Verdadera o total (creadora o imitadora): El sujeto finge conscientemente algo inexistente. Es la forma menos frecuente y más fácilmente diagnosticable, porque la ignorancia del sujeto en lo que respecta a los síntomas que debe imitar o crear, hace que sus manifestaciones y su sintomatología se traduzca en un hecho grotesco.
- Sobresimulación: o exageración de los síntomas que existen realmente, o sobre los que existen se suman otros inexistentes.
- Metasimulación o perseveración: Prolongar o revivir síntomas de un trastorno verdadero del que curó recientemente o padeció en épocas anteriores, estando ahora sano.
- Presimulación: Simulación realizada antes de un hecho con la intención de invocarla después. Simulación invertida o disimulación.

Cabrera y Fuentes, 1990; Nuñez, 2014; distinguen también:

- Simulación total o verdadera: Es la simulación propiamente dicha, en la que el sujeto no alienado de forma plenamente consciente y deliberada finge patología mental.

- Disimulación: Es aquella donde el "sujeto trata de ocultar síntomas patológicos existentes con fines semejantes a la simulación de manera consciente". Sin embargo, otros autores describen que en la disimulación la "voluntariedad consciente" del fraude, que es uno de los rasgos distintivos que define la simulación, se la posee, pero en un menor grado, aunque tal cosa no haya sucedido e incluso haya habido un agravamiento. Este tipo de conducta no puede ser adscrita al terreno de la voluntariedad consciente por el hecho de estar condicionada por una patología mental como por ejemplo la depresión, delirio de persecución, de perjuicio, celotipia alcohólica, etc.

- Parasimulación*:* Esta modalidad se da cuando el individuo representa un evento mórbido distinto al que ya padece.

- Sobresimulación*:* Como se ha dicho, es una variante de la anterior donde se exagera la sintomatología de un evento mórbido que indudablemente ya lo padece o que está simulando.

- Metasimulación: Simula síntomas patológicos de una enfermedad que en la realidad la presentó con anterioridad y que, por lo tanto, tiene conocimiento de los mismo, pero que ya no la presenta en la actualidad.

- Presimulación: Consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico.

e- FORMAS DE PRODUCCIÓN DE LA SIMULACIÓN

Se encuentran muy relacionadas con los distintos tipos:

- Creatriz: se crea algo que no existe.
- Evocatriz: se evocan síntomas que se padecieron con anterioridad, pero no actualmente.
- Imitatriz: imita gestos o síntomas que ha visto en otros.
- Exageratriz: los síntomas existentes, leves, son magnificados, exagerados.
- Perseveratriz: se prolonga indebidamente el estado evolutivo, la duración.

f- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, SEGÚN EL DSM V

- --Criterio A
  Evidencia de incentivos externos significativos.
- --Criterio B
  - Evidencia procedente de la evaluación física.
  - Sesgos en el rendimiento físico.
  - Discrepancia entre la valoración subjetiva del dolor (por ej: Escala visual analógica) y la reactividad psicofisiológica concomitante.
  - Los síntomas o las quejas informadas por el paciente son sustancialmente divergentes con la evidencia fisiopatológica existente.
  - Discrepancia entre la actividad física mostrada por el paciente durante la evaluación formal con la actividad física demostrada cuando el individuo no sabe que está siendo evaluado.
- --Criterio C
  - Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica.
  - Rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas.
  - Rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo.
  - Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducto observable y observada del paciente.
- --Criterio D
  - Evidencia procedente de la evaluación mediante un autoinforme.
  - La discrepancia de la conducta del paciente cuando es formalmente evaluado versus cuando no sabe que está siendo evaluado.
  - Las quejas autoinformadas no son consistentes con la evolución de la historia clínica del paciente.
  - Los síntomas autoimformados por el paciente son discrepantes con los patrones conocidos de funcionamiento fisiológico y neurológico del dolor y la discapacidad referida a la patología en cuestión.
  - Los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con la conducta observable y objetivable.
  - Presentación de un patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de screening de simulación de síntomas.
- --Criterio E
  Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos.

g- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mentira o mendacidad utilitaria, en la cual está ausente la representación plástica, engañando a un tercero a través del lenguaje verbal.
- Fingir implica la ejecución de un acto consciente y voluntario pero no con la intención de engañar a un tercero, sino en relación a presentar un rol ya estipulado, donde el engaño no se utiliza con fines utilitarios. Es así que algunos autores comparan aquél que finge con un actor; quien finge pero no simula ya que su intención es dar vida a las ficciones del autor.
- Neurosis de renta: Para Gisbert Calabuig, el origen de las neurosis de renta es inconsciente: "se trata de un deseo subconsciente de estar enfermo, que se diferencia de la simulación justamente en que el deseo de aparentar la enfermedad, en este caso consciente". Manifiesta también que "de una simulación consciente, puede brotar una neurosis", este sería en el caso que el individuo carece de elementos para suprimir los síntomas patológicos desencadenados. (Gisbert Calabuig, Medicina Legal. Masson Editorial. Barcelona, 1998.) No en todos los accidentes sobrevienen las neurosis, lo cual nos habla de la predisposición individual. Dentro de los denominados neurosis de renta se encuentran una serie de trastornos psíquicos que presentan sujetos que han sufrido accidente y reclaman a posteriori un resarcimiento económico como los denominados: neurosis traumáticas de indemnización, sinistrosis y los querulantes de pensión.
    - E. Bleuer describe a la primera como aquella que se origina a posteriori a un accidente; con un deseo que no siempre tiene que ver con la avidez por el dinero y aversión al trabajo sino que puede radicar en el miedo a convertirse en inválido.
    - En relación a las sinistrosis, E. Brissaud hace referencia a "un estado psicopático especial que precede únicamente de una interpretación errónea de la ley y consiste en una especie de delirios razonable, fundado sobre una idea de falsa reivindicación. En la cual el individuo cree tener derecho a una indemnización a pesar de la total curación de la herida o bien estiman insuficiente la indemnización concedida por su incapacidad funcional. En el CIE10 se incluye como elaboración psicológica de síntomas somáticos. Los síntomas no remiten con rapidez finalizado el litigio exitoso. Generalmente más relacionado con la medicina laboral.
    - En los querulantes, son muy características las quejas hipocondríacas, pueden llegar a presentar, como en la paranoia, interpretaciones morbosas de sus vivencias y falsos recuerdos. Convencimiento de no ser tratado con justicia lo que genera quejas y amenazas.

  La importancia médico legal radica en que generalmente estos cuadros prolongan el regreso a las actividades laborales o a la búsqueda de un resarcimiento económico. Al tratarse de mecanismos causados por un conflicto neurótico inconsciente de obtener una reparación económica (involuntario y reivindicativo) necesita tratamiento. Hay fallos que plantean determinaciones opuestas en relación a si se trata o no de una patología indemnizable.
- Trastornos facticios: no existe un incentivo externo, es decir que la evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el papel de enfermo sugiere un trastorno

facticio. La utilización del término facticia/facticio es discrecional, la real Academia Española refiere que provienen del latín "Facticius" (adjetivo): "que no es natural y se hace por arte". 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 ficticio. La simulación y el trastorno facticio son diagnósticos que se excluyen mutuamente.

Criterios diagnóstico según DSM V: Trastorno facticio 300.19 (F68.10)
Trastorno facticio aplicado a uno mismo . A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado. B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado. C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia. D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico. Especificar: Episodio único Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

- Conversión y trastornos somatomorfos: En los cuales la producción de los síntomas es involuntaria y no presenta objetivos de beneficio económico. Los síntomas pueden ceder con sugestión e hipnosis.
- Sindrome de Ganser: estado crepuscular dentro de la histeria. Se caracteriza por para-respuestas, actos "de lado", asociados a analgesias y en ocasiones alucinaciones, desorientación y amnesia de todo lo ocurrido una vez finalizado el episodio que generlamente es de corta duración. Son raros pero suele suceder en el ámbito de las prisiones, por lo que el médico legista debe tenerlo en cuenta.
- Sindrome de Asher-Mûnchausen en el cual el individuo es consciente que está simulando una enfermedad, pero a diferencia del simulador no puede detenerse. Muchos de ellos son pseudopacientes que suelen tener un trastorno antisocial de la personalidad, presentan sintomatología clínica variada lo que los lleva a internarse constantemente en instituciones hospitalarias.

h- HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

Las funciones que obligatoriamente deben evaluarse son la atención/ concentración, memoria, velocidad de procesamiento de la información, de la destreza y de la velocidad motora.

1. En la **entrevista clínica:**
   1.a) **Entrevista clínica per se**
   1.b) **Examen psiquiátrico completo**
   1.c) **Evaluación de pautas** que se pueden aplicar en la **detección del engaño**:

   1.a) I- **Técnicas de entrevistas generales:**
   Permiten establecer una relación de confianza, lo antes posible en el transcurso de la misma, determinar la queja principal del sujeto; utilizar la queja principal para establecer el diagnóstico diferencial; evaluar diagnósticos diferenciales, a través de preguntas focalizadas y detalladas; ante respuestas vagas o poco claras, tratar de determinar la exactitud de las respuestas; dejar que el sujeto hable libremente y observar la forma de asociación de sus pensamientos; usar técnicas mixtas de preguntas abiertas y cerradas; abordar cuidadosamente los temas que el sujeto no quiere abordar.

1.a) II- **Técnicas específicas de la entrevista**:
   -Confrontación, en los cuales se enfrenta al entrevistado, especialmente cuando existen versiones no concordantes con lo que expresa el entrevistado.
   -Clarificación, busca hacer explícita y lograr la dilucidación de un tema que no ha quedado claro.
   - Otros procedimientos que pueden usarse para desenmascarar la patología simulada, y que pueden considerarse correctos éticamente, son los “procedimientos de sorpresa”, que tienen por objeto tomar desprevenido al sujeto y poner de manifiesto la falsedad del síntoma alegado por el mismo.

   1.b) El **examen semiológico** es el primer e imprescindible paso en el camino hacia el diagnóstico; que permitirá, en el ámbito legal que nos ocupa, determinar la presencia de daño psíquico. El mismo se realiza durante la entrevista. Desde el primer contacto con el perito se puede recoger información sobre el aspecto general y comportamiento, sobre el estado de conciencia, la atención y la orientación témporo-espacial del evaluado. Y, a lo largo de la entrevista se estudiará el estado de la memoria, percepción, pensamiento, juicio, inteligencia, voluntad y afectividad.

1.c) Existe un buen número de **pautas** que se pueden aplicar apropiadamente en la detección del engaño Marco y col. (1990), Rogers y col. (1996), Jaffe y Sharma (1998), Irruarizaga (1999) y Stuart y Clayman (2001) existen los siguientes signos como evidencia objetiva de la simulación:

- ✓ 1. **Retención de información y Falta de cooperación:** La memoria de un simulador tiene vacíos importantes, es cauteloso y piensa que entre menos información tenga el examinador, es mejor. Con frecuencia afirman haber olvidado muchas cosas o no saber. Hay el temor de que una evaluación rigurosa detecte la enfermedad que está simulando. Los sujetos parecen seguir todas las indicaciones médicas pero toman una actitud totalmente antagonista; tratan de tomar el control de la entrevista y se comportan de una manera intimidante, gastan tiempo para pensar las respuestas que van a dar. Presentan abundancia de respuestas evasivas si están dirigidas a una cuestión vital para el simulador; contestaciones burlescas, irónicas y ridículas; ausencia del trastorno de la afectividad.

- ✓ 2. **Exageración:** Los simuladores creen de forma equivocada que entre más extraños parezcan, más creíbles son. Clemente (1995) lo denominó elevación del número de dramatismos.

- ✓ 3. **Llaman la atención sobre su enfermedad:** Según Ritson y Forest (1970), citados por Marco et al. (1990) los simuladores están ansiosos por llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas. El auténtico enfermo sin proponérselo puede presentar abandono en su cuidado físico, tener el pelo largo, aparecer sin afeitar, con las ropas sucias, desaliñado, con abandono de su limpieza; mientras que el que finge se pone ropas extravagantes; la camisa al revés; la bufanda fuera de su sitio con vestimentas artificialmente alteradas; a menudo, esa alteración de su aspecto exterior sólo se da durante los reconocimientos médicos o declaración ante funcionarios judiciales. (Delgado y col., 1.994).

- ✓ 4. **Los acusados actúan comúnmente como sordos y tontos:** se muestran excesivamente psicóticos, intelectualmente impedidos y con amnesias y delirios. Las personas que fingen actúan como "tontos y locos" porque ellos creen que las personas mentalmente enfermas son tontas.

- ✓ 5. **Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula:** Falta el típico contenido afectivo de ansiedad en alucinaciones y delirios; o el tono afectivo de temor, rabia o depresión asociado a cualquier diagnóstico. Si hay auto lesiones, éste no reviste gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.

- ✓ 6. **Ausencia de perseveración:** La perseveración es un signo de consistencia en la personalidad y/o en la patología, por lo tanto, es una conducta que debe presentar constancia en el tiempo, rara vez se ve en los simuladores. (Marco y col., 1990).

- ✓ 7. **Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado:** La falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana. Ej. El simulador puede asegurar o mostrar una incapacidad para trabajar, pero mantiene la capacidad de su esparcimiento como por ejemplo disfrutar del teatro, ver TV, jugar cartas, etc. La inconsistencia entre las respuestas del sujeto referida a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognitivos. Otros indicadores de este signo son el rendimiento por debajo de lo esperado al azar en pruebas de elección entre dos alternativas, la inconsistencia en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas funciones, el bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la

mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente. La alta incidencia de respuestas "aproximadamente correctas" en oposición a las "claramente correctas" Iruarrizaga (1999).

- ✓ 8. **Alteraciones del lenguaje no verbal:** El tono y la intensidad de la voz varían significativamente ante la mentira, la velocidad de fraseo es lenta y evasiva, el evaluado tarda en responder porque necesita pensar varias veces para contestar con coherencia, produce pausas y errores en el discurso, además es de carácter indirecto, las expresiones faciales varían contingentemente con el contenido temático. Rogers (1998), Hall y Pritchard (1996), Nies y Sweet (1994), Eckman (1992) entre otros, citados por Iruarrizaga (1999) Las características de la mirada tienen mucha importancia: la del auténticamente trastornado se caracteriza por su mirada fija y expresión extraviada; la mirada del simulador es menos franca, se muestra con una expresión de desconfianza como temeroso de ser descubierto. Un buen signo es la discordancia entre la expresión facial y el tono y contenido del lenguaje (paraminia y paratimia), con una excepción: la esquizofrenia, en la que ese signo puede ser de patología real. (Delgado, y col., 1.994).

- ✓ 9. **Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental:** El simulador actúa de manera normal cuando no se percata de que está siendo observado. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: Por ejemplo, un farsante dice que no puede recordar su nombre o la fecha de nacimiento, pero si es capaz de recordar otros eventos pasados, como la dosis de los medicamentos que ingiere. El simulador por lo general confunde los síntomas psicóticos con los impedimentos cognoscitivos y cree que la persona que escucha voces no sabe en qué año está. Los amnésicos auténticos generalmente recuerdan cosas como: nombre, edad, fecha de nacimiento, dirección, nombre de la madre, de familiares cercanos y lo que desayunaron; lo cual es lo que pretenden olvidar los farsantes; y es muy raro que finjan amnesia global. Los simuladores pretenden tener alucinaciones visuales o auditivas y hablan con personas imaginarias. En la exploración clínica de la simulación se señalarán las intermitencias y modificaciones inexplicables del síndrome mental exhibido; inexistencia de la relación entre el síndrome o enfermedad aparente y la causa etiológica presumible.

- ✓ 10. **La simulación es más difícil de mantener por períodos largos:** El hecho de simular exige una extremada concentración y resulta extenuante por lo cual la persona sana requiere períodos de descanso. Por eso también hay más oportunidad de descubrir el engaño durante una entrevista larga.

- ✓ 11. **Dificultad para fingir síntomas fisiológicos:** Generalmente el simulador desconoce los síntomas fisiológicos de la enfermedad y por eso no los actúa, si llegara a simularlos puede ser descubierto porque los sobreactúa o tiene dificultades para hacerlo. Por ejemplo, el que simula depresión puede fingir astenia pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia. (Rogers y col., 1996).

- ✓ 12. **Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad:** Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad dejando de lado otros que están asociados con el mismo, pero no son tan conocidos u observables. Por ejemplo, en el Trastorno disociativo de la personalidad, pueden fingir las personalidades múltiples, pero no saben de las amnesias y no las simulan (aunque no en todas las expresiones de este trastorno se manifiesta la amnesia). En personas preparadas académicamente en temas relacionados (psicólogos, psiquiatras, médicos, etc.) es más difícil detectar la simulación de psicopatologías que en personas que no tienen una preparación académica extensa o de éste tipo. (Rogers y col., 1996).

- ✓ **Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros:** Los simuladores pueden no ajustarse a ninguna entidad diagnóstica conocida. Los síntomas pueden haberse elegido de varias enfermedades y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos. Las personas que fingen síntomas muy específicos (falta de concentración) y desórdenes específicos (depresión mayor), (Marco y col., 1990). mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas; y a ninguna entidad clínica en particular.

- ✓ **Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos:** Los simuladores pueden afirmar haber tenido delirios (o síntomas en general) de comienzo repentino, cuando en realidad los delirios sistematizados tardan normalmente varias semanas en sistematizarse. Pueden informar que los síntomas de "locura" comenzaron cuando el imputado tenía 40 años, poco antes del incidente judicial y el clínico sabe que la esquizofrenia tiene un inicio cerca de los 20 años y la enfermedad se desarrolla crónicamente.

- ✓ **Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas:** no relacionan los delitos con sus síntomas o alteraciones como cometer asesinato con agravantes arraigados, por ejemplo, existe relación entre el síntoma y la conducta del homicida como beber la sangre de la víctima que asesinó porque creía que los extraterrestres le estaban quitando la suya propia.

- ✓ **Evidencia de complicidad:** En los casos en los que se alega que el acusado presenta un determinado tipo de patología mental, se sospechará simulación si hay un cómplice implicado en el crimen. En efecto, como dice Resnick (1984) citado por Marco y col., (1990), la mayoría de los cómplices de inteligencia normal no participarán en crímenes motivados psicóticamente.

- ✓ **Engaños anteriores:** Las investigaciones retrospectivas algunas veces revelan evidencias de engaños pasados, como utilización de alias, escapes de la prisión o

mentira en un negocio; es común encontrar un patrón de comportamiento antisocial engañoso. La enfermedad actual es tan sólo otra instancia de éste patrón.

- ✓ **Historia laboral incoherente con la enfermedad:** Según Resnick (1984), citado por Marco y col. (1990), los simuladores pueden tener un historial laboral desfavorable "la persona que siempre ha sido responsable, honrada, miembro adecuado de la sociedad es menos probable que simule". Aunque la estabilidad laboral puede ser positiva previa al aparecimiento de la enfermedad y deteriorarse desde entonces, si se alegan síntomas crónicos esto alteraría también crónicamente el historial laboral, también puede ser indicador de simulación, ya que una persona que padece una enfermedad mental, difícilmente puede tener un óptimo funcionamiento laboral.

2. **Comprobación de los hallazgos**:

a) por el análisis de la documentación médica, especialmente el seguimiento evolutivo reflejado en la historia clínica y certificados de atención terapéutica y/o psiquiátrica. **Discrepancia entre el auto- reporte y los archivos médicos:** Los evaluados afirman severidad en síntomas en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización; cuando el perito sabe que la severidad de síntomas generalmente se asocia a consulta temprana con los expertos y con la existencia de una historia clínica previa. (Stuart y Clayman, 2001; Marco et al, 1990 e Iruarrizaga, 1999). Los acusados pueden argumentar alguna psicopatología pero no informan haber estado en un tratamiento previo, y cuando tienen una cita para un tratamiento de salud mental o para una evaluación la cancelan o llegan más de una vez tarde a las citas y no cooperan durante el examen psicológico, además, también fallan en seguir un plan de tratamiento para un diagnóstico.

b) por el resultado de las pruebas complementarias que aportan indicadores que miden simulación. Las pruebas principales que han recabado, a escala internacional, la atención de los investigadores en simulación y que han acumulado un conjunto mayor de evidencia favorable han sido el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI-2 y el Inventario de Evaluación de la Personalidad, PAI (Rogers et al., 2009; Rogers, 2008c), así como la versión más reciente del MMPI, el MMPI-2-RF (Ben-Porth y Tellegen, 2008). Estas pruebas de personalidad son las más empleadas en psicología forense (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006) y son consideradas mayoritariamente por los profesionales como recomendables o aceptables en la evaluación de simulación (Lally, 2003). Entre las más usadas está el MMPI-2, Bender, Rorschach.

- b.I- Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2

Una de los aspectos que ha influido en su difusión y uso son precisamente sus escalas e índices para evaluar las actitudes de las personas evaluadas, tanto de exageración de síntomas como de minimización. Estos indicadores de validez han demostrado su utilidad de forma sistemática en múltiples investigaciones (puede

verse una síntesis en Greene, 2008 y un completo estudio empírico con la versión española en Sánchez Crespo, 2002).
En concreto, en relación con la exageración de síntomas, Rogers et al. (2010) afirman que ha habido más estudios que han examinado el fingimiento de síntomas en el MMPI-2, que en el conjunto de todas las otras medidas combinadas. Esto ha hecho que sea la herramienta más recomendada por los psicólogos forenses en la evaluación de simulación (Lally, 2003).
Forma reestructurada (MMPI-2-FP). "*Puede considerarse que es una de las pruebas mejor validada, lo que la hace una de las pruebas existentes en la actualidad, más eficiente por su efectividad, po*r lo cual se hace cada vez más imprescindible su uso en el campo forense". Está formada por 338 elementos dicotómicos (verdadero-falso) agrupados en escalas clínicas (hipocondría, depresión, paranoia, histeria, hipomanía, etc.), escalas suplementarias (responsabilidad, dominancia, etc.) y escalas de validez y de exageración y minimización de síntomas, siendo estas las de mayor utilidad para valorar simulación. Dependiendo de la escolaridad del evaluado se reemplaza por el MCMI-II o el Millon.

- b.II- <u>Test gestáltico-visomotor de L. Bender</u>

Es uno de los test más empleados, muy especialmente en el campo jurídico por su capacidad para hacer diagnóstico de simulación de enfermedades. Permite descartar simulación de deterioro orgánico cerebral o patologías muy severas (por ej:psicosis) pero no, los cuadros más usuales en el ámbito forense en accidentes de tránsito, como el Trastorno por estrés postraumático o los cuadros reactivos.

- b.III- <u>Test de Rorschach</u>

Se plantea este test como un método para generar datos que ayuda a describir el patrón general de funcionamiento psicológico del sujeto. Según la teoría cognitivo-perceptual, cada lámina del Rorschach constituye una situación de solución de problemas ante la cual la persona responde como lo hace ante otras situaciones en su vida, revelando de esa manera su estilo general de funcionamiento cognitivo-conductual. Desde este punto de vista, la situación de respuesta ante las láminas del Rorschach involucra procesos de atención, percepción, memoria, toma de decisiones, análisis lógico y, eventualmente, procesos inconscientes que se evidencian como resultado proyectivo de la tarea. La situación frente al Rorschach representa una muestra de la conducta del sujeto, siendo la conducta manifiesta de las personas un reflejo de la organización cognitiva y del mundo emocional interno. Se observa una ventaja adicional en esta prueba en torno a la posibilidad del sujeto de falsear resultados y favorecer su evaluación produciendo respuestas acordes con la deseabilidad social. El Método Rorschach presenta ventajas específicas respecto a las pruebas de auto-reporte, en tanto este tipo de pruebas *objetivas*, presentan preguntas ante las cuales el evaluado puede comprender con facilidad cuál es la respuesta más ajustada a la deseabilidad social y/o a los parámetros de moralidad y convencionalidad culturalmente relevantes. Con esto el sujeto evaluado tiene mayor

oportunidad de *favorecer* su desempeño en términos susceptibles de alterar, a su favor, los resultados de la prueba (Viglione, Fals-Stewart y Moxham, 1995). Ante una lámina del Rorschach no existen respuestas correctas o incorrectas. Cada mancha de tinta constituye un estímulo inestructurado y ambiguo, que deja muy pocas pistas para el sujeto en cuanto a lo que debe o no debe responder. Estudios como el de Perry y Kinder (1990) han demostrado que un sujeto psicopático puede "vencer" al Rorschach, es decir, falsear respuestas, manipularlo y/o hacer más favorable su evaluación.
Una revisión de Stermac (1988) sobre la posibilidad de simular en el Rorschach y las demás técnicas proyectivas alcanza conclusiones como que no debe creer el clínico que sus instrumentos, por consistir en estímulos ambiguos o disfrazados, son inmunes a la simulación. Pero si se utilizan los sistemas de corrección potentes (como el sistema de Exner) y se atienden los aspectos formales más que de contenido, será más fácil detectar aquellos casos de simulación y engaño. El Sistema Comprehensivo Exner (SCE) es actualmente considerado como el esquema mayormente utilizado para la aplicación, codificación e interpretación de las respuestas al Rorschach (Piotrowski, 1996) y se ha convertido en el sistema mayormente enseñado (Hilsenroth y Handler, 1995) en programas de psicología clínica en EUA. Se centra en una interpretación cuantitativa y operativizable de la información reflejada por el test en cuestión.

- b.IV- Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)

Es un instrumento de despistaje diseñado para la detección rápida de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Permite obtener una puntuación total que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto y cinco escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos.
a) Psicosis: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real.
b) Deterioro neurológico: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
c) Trastornos amnésicos: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastorno de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
d) Baja inteligencia: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general; y
e) Trastornos afectivos: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

- b.V- <u>El cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)</u>

  Es un instrumento de despistaje sintomático general para evaluar el funcionamiento psicológico y psicopatológico. Dispone de tres niveles de información, tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad de una paciente en un determinado momento, pudiendo ser útil para evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento, evaluando inconsistencias. Hay trabajos que concluyen que “la evaluación en el SCL-90-R no es prueba forense suficiente, pero puede resultar complementaria de la entrevista clínica-forense. “En cuanto a su utilidad aplicada, el SCL-90-R es una medida que ha mostrado su capacidad para diferenciar los comportamientos de simulación entre pacientes litigantes y no litigantes con patología cervical y para discriminar entre simuladores y pacientes con trastornos por dolor como la fibromialgia”.

Debe tenerse en cuenta que es recomendable realizar una integración convergente de los datos procedentes de diferentes instrumentos psicométricos, por un lado (por ejemplo, de medidas breves como el SIMS y pruebas más amplias como el MMPI-2-RF) junto con otra información clínico-diagnóstica para la determinación del comportamiento simulador.

i- DAÑO PSÍQUICO

El vocablo “daño”, en su etimología es de procedencia latina bajo denominación «damnum» con el mismo significado.

La Real Academia Española define la acción de dañar como causar menoscabo, perjuicio, dolor, detrimento o molestia. Con respecto al daño lo define como la resultante de dañar o dañarse.

Desde el punto de vista jurídico el concepto de daño se define como el menoscabo que, a consecuencia de un acontecimiento o evento determinado, sufre una persona, ya en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad, ya en su patrimonio.

La palabra "psíquico" está formada con raíces griegas y significa "relativo a la actividad mental". Sus componentes léxicos son: phsyche (alma), más el sufijo -ico (relativo a) y a su vez del griego «ψυχικός» (psychikos). Hace referencia a los relativo, perteneciente y concerniente a las funciones y contenidos de tipo psicológico.

Daray, define el daño psíquico como “la perturbación transitoria o permanente del equilibrio espiritual preexistente, de carácter patológico, producida por un hecho ilícito, que genera en quien la padece la posibilidad de reclamar una indemnización por tal concepto a quien la haya ocasionado o deba responder por ella”.

Zabala de Gonzalez describe el daño como “una perturbación patológica de la personalidad de la víctima que altera su equilibrio básico o agrava algún desequilibrio precedente”.

Ricardo Risso equipara daño psíquico con enfermedad psíquica y lo define desde el punto de vista médico legal como “síndrome psiquiátrico coherente (enfermedad psíquica), novedoso en la biografía, relacionado causal o concausalmente con el evento de autos (accidente, enfermedad o delito), que ha ocasionado una disminución de las aptitudes psíquicas previas (incapacidad), que tiene carácter irreversible (cronicidad) o al menos jurídicamente consolidado (dos años).

Por último, Mariano Castex define el daño psíquico en un determinado sujeto cuando este presenta un deterioro, disfunción, disturbio o trastorno o desarrollo psicógeno o psicoorgánico que, afectando sus esferas afectiva y/o volitiva y/o intelectiva, limitando su capacidad de goce individual, familiar, social y/o recreativa.

"Bajo el epíteto de trauma psíquico se comprenden los trastornos psíquicos originados a consecuencia de emociones muy intensas, experimentadas en ciertas catástrofes, o hecatombes (explosiones, incendios, etc...), sin que los sujetos hayan sufrido la más mínima lesión corporal. Los límites de este estado especial, su cuadro clínico y su determinismo, no han sido bien fijados: a menudo se le confunde con otras psicosis más o menos bien conocidas. Todo esto ha hecho, de este estado especial, un algo, de difícil interpretación, cuya limitación clínica ha suscitado discusiones prolongadas entre especialistas eminentes. La publicidad que se ha dado a este trauma psíquico ha sido causa etiológica de un sinnúmero de simulaciones, que lejos de simplificar, han venido a complicar la solución del problema. Cualquier médico extranjero que siga un servicio alemán de medicina interna, que esté en relación directa con los seguros de accidente, se podrá dar cuenta de la enorme frecuencia de este estado especial entre las víctimas del trabajo.» Cfr.CASTEX M.R., El Seguro Obrero, Estudios de Medicina Social, la Semana Médica, Bs. As., 1911, p. 99

j- ACCIDENTE

Un accidente es el suceso**,** hecho o acción en el que de manera involuntaria resultan dañadas las personas o las cosas. Esta palabra en su etimología proviene del latín «accĭdens», accĭdentis o suceder, compuesto por «ac» equivalente al latín «ad» cercanía y de «cĭdĕre» o «cadĕre» caer.

De forma genérica se entiende como accidente un suceso eventual que altera el orden de las cosas, esencialmente desgraciado; se presenta en forma violenta, súbita, por causa externa e involuntaria, produciendo daños en las personas o en las cosas.

Ahora, en particular, para el accidente de tráfico se puede tomar, en una perspectiva más analítica, la siguiente definición: "suceso eventual, producido como consecuencia o con ocasión del tráfico, en el que interviene al menos un vehículo gobernado, y como resultado del mismo se producen muertes, lesiones en las personas, y/o daños en las cosas.

a) Suceso eventual: no hay intencionalidad en la producción.

b) Se entiende por tráfico la utilización de la vía pública.

c) Debe estar implicado una unidad de tráfico.

d) Gobernado: capaz de responder a una acción inteligente, obediente a la voluntad.

e) No se considera accidente de tránsito cuando no hay daño o lesiones.

Un hecho, siniestro o accidente vial es aquella colisión entre uno o más sectores de la vialidad (peatones, ciclistas, automóviles, autobuses, camiones, tractores) en el cual si hay víctimas (tanto con lesiones leves o graves) se redefine como agresión vial, si se da con daños materiales se le dice "daños de tráfico".

Estos no son aleatorios ni imprevisibles, y usualmente están acompañados por corresponsabilidades, como puede ser falta de señalización adecuada, carencia de iluminación en las calles o la mala construcción de una avenida, falta de planeación o la ejecución de proyectos mal planeados, carencia de responsabilidad al manejar (conducir en estado de ebriedad, utilizar el celular mientras se maneja o conducir a exceso de velocidad).

Son muy raros y escasos los incidentes de tráfico que pueden denominarse accidente, porque la mayoría de los sucesos y de las colisiones que ocurren en nuestro día a día no suelen ser "accidentales' ni tampoco suelen ser "casuales', lo que suelen ser es *"causales'*. Esto quiere decir que, en realidad, prácticamente todos los incidentes o casi todos los choques acaecidos en la vía pública, muchas veces con desafortunadas consecuencias para conductores, pasajeros o peatones, y con importantes pérdidas materiales propias o de terceros, suelen estar ocasionados por errores humanos; ya sean a causa de distracciones o hechos irresponsables.

Como consecuencia de lo dicho, entendemos que casi todos esos sucesos son previsibles y por tanto, que estamos hablando de siniestros.

La palabra siniestro proviene del latín sinister, que significa izquierda (en oposición a la derecha: diestra). Al tomarse la derecha como lo correcto y lo justo, a la siniestra se le asignó lo negativo e incorrecto. Es así como este vocablo hoy en día se entiende como lo malo. Otra interpretación, admite que "siniestro" alude al lado izquierdo del pecho, donde está el corazón.

k- ASFALOLOGÍA

Este término ha sido propuesto y compuesto por el Dr León Coppet (1935). Asfalología es una palabra de origen griego (asphales: seguro). Término que describe a la disciplina que efectúa el estudio del sistema o ciencia del seguro, en función de los conocimientos médico legales aplicados a su práctica y teoría.

Genéricamente se incluye en la medicina legal del seguro los distintos tipos de seguros, entre los que se destacan los seguros privados y los sociales.

Los primeros tienen por rasgo característico el de la libre estipulación y comprenden a su vez seguros personales (de vida, de vejez o invalidez y de accidentes en general), seguros reales o de cosas concretas (de transporte, contra incendio, robo, granizo, etc) y seguros patrimoniales o de valores abstractos (responsabilidad civil, de crédito y los reaseguros, es decir, el seguro del seguro) . Mientras que los sociales tienen como finalidad crear medios de previsión pública para salvaguardar a las clases económicas débiles contra ciertos acontecimientos o contingencias que las invalidan o incapacitan física o psíquicamente. Son ejemplos de ellos los seguros de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, por invalidez, etc.

La asfalología tiene distintas ramas.

1) Médico legal: es la aplicación de los conocimientos médico legales al sistema de seguros.
2) Actuarial: La ciencia actuarial o actuaria es una disciplina que aplica modelos estadísticos y matemáticos para la evaluación de riesgos en las industrias aseguradora y financiera, principalmente. Los actuarios son profesionales de negocios que abordan la gestión y evaluación del impacto financiero del riesgo y la incertidumbre de una entidad. Es la rama que se encarga de las cuestiones técnicas del seguro (por ejemplo: cómo se asegura una póliza o cómo cotiza un individuo según su condición de vida, edad, tarea, etc.)
3) Jurídica: contempla los aspectos normativos de la póliza de seguro, es decir los aspectos legales y jurídicos del seguro.

Los seguros interesan al Estado para legislar sobre ellos con eficacia y a la sociedad entera para obtener mayores y justos beneficios con su aplicación. El seguro es un asunto jurídico y social. Pero hay una medicina del seguro y hay además una medicina legal del seguro. Medicina Legal de Seguros y del Trabajo. Instituto de Medicina Legal. Director Ricarod Rojas. Librería Jurídica. Valerio Abeledo, Editor. 1940

I-VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN MEDICINA LEGAL

La valoración del daño psíquico es uno de los temas de más actualidad en la medicina legal. Su inclusión resulta reciente, se trata de un campo de trabajo con escasa producción científica, en comparación con el estudio de daño físico. Asimismo, es reciente el reconocimiento jurisprudencial de su autonomía, con respecto al daño físico y al daño moral, suscitando un amplio reclamo en las sedes judiciales. Por lo cual la justicia ha tenido que acudir a especialistas a los efectos de diagnosticar probables secuelas psíquicas de un suceso traumático. Y, la medicina legal, en especial la psiquiatría forense se encuentra en numerosas situaciones en las que precisan de ayuda de criterios objetivos externos a las consideraciones teóricas de médicos y abogados para determinar un estado mental.

Es indispensable que el experto realice una detallada lectura de las circunstancias obrantes en la causa (declaraciones de testigos, del actor, pruebas documentales que permitan arribar al diagnóstico retrospectivo de la enfermedad que se refiere padecer). Continúe así, con la evaluación presencial (examen de las facultades mentales) con el fin de comprobar la existencia o no de enfermedades psiquiátricas en curso y también de establecer la correlatividad entre el diagnóstico actual y la afección registrada en autos (en relación a su patogenia, sintomatología y secuelas). Por último, sumar todas aquellas herramientas que acrediten lo anteriormente expuesto.

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".

Resulta así que la pericia debe ser auto-sustentable y es decir que la misma pueda ser interpretada no sólo por quien la administra. Sin excluir por ello, la posibilidad de distintas opiniones, teorías, paradigmas, criterios, que más o menos fundadas, puedan argumentar otros profesionales.

En relación a la conducta del Perito, el planteo pericial de la SIMULACIÓN, lleva implícito un juicio de valor moral, por lo que debe ser planteada con prudencia y solo con seguridad, incluso para prevenir denuncias por difamación, se deberá ser solo y siempre lo más objetivo posible.

Por lo tanto, el experto debe:
- Ser solo objetivo
- Ser prudente
- Referir relato y hallazgos
- Contradicciones entre lo referido y hallazgos objetivos
- Pruebas por las que desenmascaramos la simulación.
- Estar bien seguros si se la menciona.
- Objetivar que se ha evaluado fehacientemente la posibilidad de simulación.

3) MATERIAL Y MÉTODO

Durante el año 2018 fueron evaluadas 283 pericias en las cuales debía valorarse la existencia o no de daño psíquico causadas por accidente de tránsito en el marco del trabajo en medicina del seguro (**asfalología médico legal**). Las mismas fueron realizadas por médicos especialistas en psiquiatría o medicina legal.

Para **este estudio** se realizó de manera aleatoria un corte transversal en un período de cuatro meses (septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2018), que incluyó la evaluación de **145 pericias**.

Se tuvieron en cuenta los medios que se utilizan en el diagnóstico de simulación y que pueden acreditar que se ha evaluado el mismo; es decir:
- Examen psiquiátrico completo, que incluye pautas que se pueden aplicar en la detección del engaño en la entrevista clínica.
- Comprobación de los hallazgos:
 a) por el estudio de la documentación médica, especialmente el seguimiento evolutivo reflejado en la historia clínica y certificados de atención terapéutica y/o psiquiátrica.
 b) por el análisis de las pruebas complementarias (escalas/test psicodiagnóstico).

Criterios de Inclusión:

- Pericia médica/psiquiátrica en las que evaluaron daño psíquico por accidentes de tránsito (con nexo causal o concausal).
- Pericia que tengan como puntos de pericia especificado la solicitud de evaluación/descartar simulación; o un punto que solicite al perito explayarse sobre cualquier tema que considere pertinente.
- Se consideró simulación como concepto global (simulación verdadera o en cualquiera de sus formas)

Criterio de exclusión:

- Pericias en las que los expertos concluyeron la que el actor no presentaban daño/incapacidad psíquica.

Sólo en 6 de los peritajes evaluados, los peritos no hallaron daño psíquico. En los 139 restantes, los expertos diagnosticaron algún porcentaje de incapacidad psíquica como consecuencia del accidente.

4) RESULTADOS

Ante la pregunta: ¿El perito objetiva de manera fehaciente que ha evaluado simulación? Se obtuvo que en 95 casos no se hizo referencia en todo el texto pericial respecto a la evaluación de simulación. Mientras que en los 44 casos restantes manifestaron haberla descartado. (Gráfico 1)

Respecto a aquellas pericias en las que **no se ha hecho mención a simulación (95 casos**); sólo 47 (49,47% de los 95 casos) describieron el examen psiquiátrico; 14 (14, 73% de los 95 casos) habían presentado documentación médica de tratamiento psicológico/psiquiátrico. Y respecto a las pruebas complementarias en 50 casos (52,63% de los 95 casos) no se había solicitado evaluación psicodiagnóstica mientras que sí lo habían pedido en los 45 casos restantes (47,63 % de los 95 casos). (Tabla 1) (Grafico 2)

De estos 45 informes que pidieron batería de test; en 18 pericias no se informó respecto a la batería de test utilizados y mientras que en 27 (60% de os 50 casos) manifestaron haber tomado distintas técnicas para evaluar daño psíquico. Las técnicas utilizadas han sido descriptas como: Bender, en 23casos, HTP en 20, Persona bajo la lluvia en 17, Desiderativo en 21, Rorscharch en 9, Philipson en 8, Escala de Beck en 2, Escala de Hamilton en 5, Test del sí mismo en 1, Atención y concentración de Toullusse en 1, Test de la memoria de Timbal en 1, Gráficos (sin especificar técnicas) en 3, test de los colores de Lûscher en 3, test de Wheschhler en 1, Frases incompletas de Snack en 3, Cuestionario Davidson en 3, Prueba de Storin en 1, Pruebas de identificación simple de elementos cotidianos en 1, Familia cinética en 1, Dibujo libre en 1, MCMI III en 1, Mini mental, Folteins en 1. (Tabla 2)

Es decir, del total de pericias en las que no se ha informado haber descartado simulación; 23 utilizaron el test de Bender y 9 el test de Rorscharch, técnicas estas que sirven para evaluarla.

Respecto a aquellas pericias en que **se hizo referencia a haber descartado simulación (44 casos).** Sólo 34 (77,27% de los 44 casos) describieron el examen psiquiátrico y ninguna había presentado documentación médica de tratamiento psicológico/psiquiátrico. Y respecto a las pruebas complementarias a) en 17 casos (38,63% de 44 casos) no se había solicitado evaluación psicodiagnóstica, sin embargo en 8 pericias hicieron referencia a pruebas como cuestionarios específicos (2 casos), tales como DSM IV, Indicadores de Capelli,(1931): 2, Guía Clinica (Yudoflky 1989), Guía orientadora (Resnick 1984), Guía orientadora en la psicosis (Delgado Bueno), Sospecha de simulación (Bruno H Simulación en psiquiatría forense, 2002), Claves establecidas por el entrevistador (Chica-Urzola H, Escobar-Córdoba F, Folino J 2005)". Y en las 6 restantes no han especificado ninguna prueba. b) de los 27 casos (61,36% de los 44 casos) que sí pidieron psicodiagnóstico: 4 no especificaron las técnicas tomadas y en los restantes informaron haber administrado las siguientes técnicas: Bender: 18, HTP: 18, Persona bajo la lluvia: 15, Desiderativo: 11, Rorscharch: 5, Philipson: 5, Figura Kinética y humana. 1, Escala de trauma de Davidson. 1, Escala de Hamilton 1, test de los colores de Lûscher: 3, test de Wheschhler: 3, MMPI: 1, Gráficos (sin especificar técnicas): 5, Dibujo libre: 2, MMSE: 1. (Tabla 2) (Gráfico 3)

Es decir, del total de pericias evaluadas que han informado haber descartado simulación; 18 utilizaron el test de Bender y 11 el test de Rorscharch y en un solo caso el test MMPI aunque no ha sido aclarado en el informe pericial ,que utilizaron dicho test para descartar simualción. Siendo estas técnicas las que sirven para evaluarla.

Dentro del grupo de pericias en las cuales se manifestó haber descartado simulación se acreditaba con las siguientes aclaraciones:

- "No se apreciaron elementos de fabulación ni mentiras en sus relatos"
- "No se evidencia existencia de fabulación ni de mentiras".
- "Su discurso en coherente. Su relato presenta signos de verosimilitud descartándose la existencia de simulación de patología psíquica" "se realizaron pruebas de evaluación objetiva de atención y memoria a corto y largo plazo. También estas pruebas descartan simulación".
- "De la evaluación realizada al actor, se pudo descartar cuadros de psicopatías, éste presenta un adecuado juicio de la realidad circundante, por lo que no presenta indicadores de alucinación, fabulación, simulación y sobresimulación".
- "…a lo fines investigativos en razón de entender el perito que se descarta simulación, habiendo correlación clínica y cronológica del daño mediante examen clínico general motivo por el cual no ha sido necesario la evaluación por técnicas de psicodiagnóstico".
- "No es posible destacar en la examinada una disminución de la credibilidad discursiva, en tanto no ostenta sobredimensionar su respuesta emocional".
- "Se realizaron maniobras antisimulatorias basadas en métodos rigurosos. El interrogatorio fue conducido y lo suficientemente prolongado. Se desplegaron todos los elementos psiquiátricos y agilidad mental de los peritos. Se tuvieron en cuenta los índices orientadores del diagnóstico de simulación de la locura de Capelli".
- "Se realizaron pruebas de simulación, meta simulación o sobresobresimulación"
- "No se detecta presencia manifiesta o encubierta de indicadores de simulación, distorsión o sobredimensionamiento".
- "La investigación de su credibilidad discursiva resultó estable , no se constató una actitud querellante ni signos de intento de simulación , sobresimulación, fabulación, neurosis de renta o siniestrosis y se destaca que durante el examen no se ha detectado ninguna pararrespuesta fuera del contexto psicológico que presenta, se ha comprobado la etiología y patogenia acorde a los hechos vividos, ni ha puesto la actora demasiado énfasis en resaltar los síntomas, ni representó respuestas evasivas, ni teatralidad o aparatosidad ni respuestas tendientes a manifestar sintomatología multisindromática. (Kaplan Harold I Zadoc Benajmin J "tratado de psiquiatría vol 3 intermédica pag 1547,1997, BsAs)
- "No registra simulación ni siniestrosis, tampoco mendacidad utilitaria".
- "Se realizó una entrevista clínica de rigor con un interrogatorio dirigido, realizando pruebas de simulación, metasimulaciòn y sobresimulación".
- Refiere haber descartado simulación: "siendo la entrevista, la técnica y herramienta fundamental para arribar a todo diagnóstico posible, incluso las simulaciones…".
- "no se detectan elementos vinculados con pantomimia, simulación, metasimulación o neurosis de renta".
- "La examinada no cumple con los Criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales DSMIV para e trastorno facticio con síntomas psicológicos y en las técnicas administradas no aparecen signos de simulación ni disimulación".
- "No se ve disminución de credibilidad discursiva ni exageración".
- "No se halló simulación, metasimulación o sobresimulacion"
- "No se registra simulación ni mendacidad utilitaria".
- "No se observan signos de mendacidad, simulación ni disimulación".

- “Entrevista de rigor científico con interrogatorio semidirigido. Realizando maniobras de simulación, metasimulación o sobresimulaición”.

- “Se constató una correlatividad entre los síntomas y la expresión gestual y somática”. “Tampoco describió una vida excesivamente favorable previa a los hechos, factores estos que sugieren, si se presentan, perturbación psíquica simulada después del trauma”. (Kaplan Harold I Zadock Benjamín J. “Tratado de Psiquiatría, vol 3, intermédica, pág 1547, 1997, Bs As).

5) CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES

Por lo expuesto y considerando que se ha escrito mucho sobre simulación, su significado y sus formas; como así también acerca de su historia. Me he cuestionado en distintas oportunidades si ¿se objetiva correctamente la evaluación de simulación? ¿Deberían las partes, o el juez al momento de la designación, incorporar como puntos de pericia la evaluación de simulación en los siniestros de tránsito, y de esta manera, hacer referencia precisa a esta competencia profesional del perito?

Como primera observación se constató que en el 68 % de las pericias evaluadas no se había mencionado la simulación. Y, en el 32% restante sin bien informaron haberla descartado, no se encontraba debidamente objetivado. **En ninguna pericia se ha diagnosticado simulación.**

Hoy en día la simulación de enfermedades mentales es una cuestión muy delicada en el ámbito del peritaje forense; es necesario poseer profundos conocimientos psicológicos, psiquiátricos y espíritu de observación. La mayoría de los autores dice que la simulación es uno de los problemas que más exigen no sólo conocimiento sino también de la perspicacia del médico legista y en particular del psiquiatra forense. No se han hallado trabajos en los que se demuestre objetivamente que se ha evaluado la simulación en los informes periciales.

Maldavsky nos dice, “la entrevista clínica resulta de alta validez clínica pero la confiabilidad es relativa; por ello, se requiere de un mayor esfuerzo por dotarla de instrumentos conceptuales que la vuelvan más confiable.” Es decir, que puedan obtenerse iguales resultados ante las mismas condiciones. Utilizando métodos que tengan validez, que detecten lo que se pretende investigar.

En cuanto a las pruebas de psicodiagnóstico, cabe señalar, como nos dicen Castex y Silva que si los test invocan la existencia clara o de indicios de “organicidad”, se torna indispensable señalar, en cada una de las pruebas los signos o hallazgos que apuntalan tal “organicidad”, siendo de buena práctica adjuntar los protocolos- incluso señalando con flechas y números los aspectos a los que remite el informe de peritación- y determinar los índices en forma numérica”. Considerando de suma importancia su aporte en relación a la línea del presente trabajo, en el cual ha sido mi objetivo verificar la importancia o no, que se le otorga a la acreditación de la información que el perito expresa en su peritaje. Según los datos obtenidos al respecto, los peritos refieren solicitar psicodiagnóstico, sin embargo en la lectura de las pericias no detallan los métodos válidos, que a mi entender debería especificarse, permitiendo demostrar que se ha evaluado el diagnóstico de simulación.

Es así que, que para una mejor práctica clínica deberían utilizarse criterios diagnósticos múltiples, es decir, entrevista y combinación de test especializados e indicadores de validez. La detección de simulación, por lo tanto, se centra en la convergencia de datos que surgen de una evaluación completa, proveniente de distintas fuentes. Cuanto más divergencias presente el evaluado, mayor será la probabilidad de pensar que su rendimiento refleja intención de dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología.

Rapaport (1978, opcit pag131) hace referencia al siguiente postulado práctico: “dado que los métodos clínicos obtienen una muestra de conducta amplia pero no sistemática y los procedimientos de verificación obtienen un estudio sistemático; la buena práctica clínica utilizará siempre ambos, que compensarán mutuamente sus desventajas”. En definitiva, como consideran gran parte de los autores, de la entrevista clínica y los test se deberán buscar las recurrencias y convergencias que servirán de indicadores con la finalidad de basar la hipótesis en suficiente evidencia.

En cuanto a las limitaciones presentes, si bien es posible que dada las circunstancias en que se evalúa al peritado, las entrevistas son escasas a diferencia de la

práctica clínica, debería siempre solicitarse como puntos de pericia la descripción de los elementos observados en la entrevistas y la batería de los test implementados. Aunque muchas veces no se puede descartar taxativamente la simulación, considero que el perito debería demostrar que hizo todo lo posible para evaluar el diagnóstico de simulación utilizando las herramientas adecuadas valoradas en su conjunto. La tarea pericial requiere un esfuerzo y dedicación, de muchas horas de estudio e investigación para realizar el trabajo con la calidad científica que necesita la problemática planteada. Afirma Oscar Gomez que “la sospecha debe fundarse en una impresión de CONJUNTO y en la COEXISTENCIA de varios elementos de prueba, más que sobres los signos aislados”.

Según Chavigny, en lo que se refiere al tema pericial: “la simulación no se adivina, se diagnostica”, solamente un estudio métódico y minucioso del sujeto nos permitirá hacer el diagnóstico y desenmascarar al simulador.

Con todo lo expuesto, es claro, que el médico legista debe estar preparado para encontrarse con la simulación en todos los campos de su actividad.

Hay que diferenciar el acto de simular, del estado mental del simulador. Debemos recordar que una conducta es voluntaria, mientras que el estado mental es una condición. En las zonas grises en patología mental debe extremarse de habilidad diagnóstica y la observación constante y en distintos ambientes y momentos, a fin de evitar situaciones como las que se produjeron en el experimento de Rosenhan que llevó a cabo el psicólogo David Rosenhan, publicado en 1973 en la revista Science bajo el título "On being sane in insane places" ("Estar cuerdo en lugares dementes"). Fue un famoso experimento sobre la validez del diagnóstico psiquiátrico. El estudio está considerado como una importante e influyente crítica a la diagnosis psiquiátrica. El estudio de Rosenhan constó de dos partes. En la primera parte, colaboradores sanos o "pseudopacientes" simularon alucinaciones auditivas para ser internados en distintos hospitales psiquiátricos. Todos fueron efectivamente admitidos y diagnosticados con enfermedades psiquiátricas. La segunda parte se llevó a cabo cuando se desafió a enviar pseudopacientes a un hospital para que el personal los detectara, de los 193 pacientes que el hospital atendió, identificó a 41 como posibles pseudopacientes, 19 de los cuales habían levantado las sospechas de al menos un psiquiatra y otro miembro del personal. En realidad, Rosenhan no había enviado a nadie al hospital. El objetivo de Rosenhan era conocer si los diagnósticos psiquiátricos responden a la existencia en los pacientes de síntomas que pueden ser categorizados; o, por el contrario, los diagnósticos psiquiátricos están en las mentes de los observadores y no son resúmenes válidos de las características manifestadas por el observado. Posiblemente la creencia en falsos indicadores de engaño evolucione cuando se reconozca que la retroalimentación sobre la precisión de los juicios es incompleta y contiene un componente de error sustancial, como lo es una evaluación subjetiva de la simulación.

Si en la relación médico paciente, la desconfianza del médico con el deseo de engañar del paciente están fuera de lugar y raras veces se dan; en el contexto médico legal la situación es a la inversa; es frecuente que el evaluado intente mentirle al perito y que éste, desde el comienzo de la entrevista, sea escéptico respecto a la realidad de lo que escucha y, muchas veces, en particular de lo que ve. No debemos olvidar que el individuo está allí, frente al perito porque una circunstancia penal, laboral o de otra naturaleza así lo exige. No pretende que el médico lo cure, sino que busca sacar provecho del examen y su informe.

Se encuentran simuladores en todos los ámbitos sociales y la forma de simular es diferente según el objetivo que persiguen. Aunque se debe reconocer que generalmente está asociada a trastorno antisocial de la personalidad.

Camile Simonin menciona dos tipos de simuladores; el simulador ocasional que en general no pasa de ser un exagerador y los llamados defraudadores profesionales que son aquéllos que recurren a la imaginación y a una información recibida por terceros orientada a fingir lo que no se padece, por lo general en prácticas que se producen a

repetición. Otros autores describen al defraudador ocasional como aquél que defrauda con el fin de hacer frente a un problema económico provocado por un siniestro real, o defrauda simulando un siniestro; y al defraudador habitual, aquella persona que defrauda simulando un siniestro de manera repetitiva a lo largo del tiempo con el fin de obtener ingresos de manera ilegal.

En Europa y los Estados Unidos, donde la cultura estadística es mucho más rigurosa que en nuestro país, entre 10% y 25% de los siniestros son fraguados. Como los factores que determinan el fraude son similares en todos los países, se consideran fraudulento 15% de los siniestros que se reportan.

J.B. Becerra García manifiesta en su trabajo "la simulación es una problemática de gran relevancia en cuanto a la frecuencia de presentación. En relación a la presencia de esta conducta en procesos civiles, penales y laborales de discapacidad e incapacidad, se encuentran porcentajes de presentación que oscilan entre el 14-50% (variando en función del estudio consultado)." "En cuanto al procedimiento, en la valoración de una posible simulación es necesario realizar un abordaje multimétodo recogiendo e integrando la información procedente de diferentes fuentes y medidas."

En relación a la incidencia y aproximaciones a un "perfil" de la simulación, dice Arce (2006): " Las personas que intentan simular en contextos legales, 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.

Con los citados elementos, se podrían perfilar un grupo amplio de personas que no representarían necesariamente a todo el espectro de personas que incurren en intentos de simular

La intención primaria al tratar de detectar un reclamo fraudulento es ahorrarle a la compañía un gasto que no corresponde que haga; pero lo lógico sería suponer que, además, los autores de este tipo de intentos deberían ser llevados a Tribunales. Sin embargo, uno se pregunta ¿a favor de quién podría estar más inclinado a fallar un juez: del asegurado, o de la compañía que no quiere pagarle? En este punto, la industria del juicio puede ser víctima de su propia mala fama. El fraude pareciera haberse transformado en un deporte mundial que se refleja en una de las tantas situaciones que advierten a diario las aseguradoras, por eso, quienes afirman que en sus países no hay fraude se equivocan porque el seguro trae implícito el fraude. ". Así ha señalado al diario la nación, Fabián Pons, gerente general del Centro de Experimentación y Seguridad Vial (Cesvi). Un planteo con el que coincidió su colega, Francisco Astelarra, presidente de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS), al considerar que se trata de "un delito inevitable" del que la Argentina no está exento. De acuerdo con el "*Insurance Information Institute",* al menos el 10% del total de los siniestros denunciados a nivel internacional posee algún componente de fraude o está magnificado. Entre las modalidades más frecuentes que asume este delito aquí, se destacan los "caranchos", también conocidos como "aves negras", "cuervos" o "rompehuesos": estudios de abogados que estafan a víctimas de accidentes y compañías de seguros. ¿De qué manera? Como muestra la película cinematográfica "*Carancho",* protagonizada por

Ricardo Darín y dirigida por Pablo Trapero, las bandas recrean accidentes con indigentes o enfermos de Sida, a los que dopan y quiebran una pierna, para luego simular que fueron atropellados por automovilistas contratados. Para concretar sus estafas cuentan con la complicidad de médicos, camilleros, choferes de ambulancias, empleados de funerarias y policías. Para erradicar el problema es importante crear conciencia en la población y entender que cuando una persona comete fraude no está atentando contra una compañía, sino contra la sociedad entera y sus intereses.

"No hay que olvidarse que la actividad aseguradora implica hablar de una comunidad solidaria en la que todos pagan una prima para poder afrontar el siniestro. El fraude, como acción individual en la que una persona quiere sacar su propio provecho, termina por aumentar la siniestralidad y obliga a las compañías a tener que subir las pólizas". La simulación y el fraude asociado tienen consecuencias en la economía general. Por eso aunque el sujeto no consiga lo que quiere, simplemente con sus acciones, va a ocasionar gastos sociales del fraude (médicos, paramédicos, hospitalarios, laborales) como así también gastos en la seguridad social, compañías aseguradoras, empresas, otras.

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). (Ver Anexos).

"En el caso de los juicios por accidentes de tránsito, el objetivo de obtener un resarcimiento económico, o de deslindarse de la responsabilidad de una acción criminal por haber sido el causante del accidente, lleva a la persona implicada a tratar de simular síntomatología que no existen en la realidad."

Consideraciones bioéticas:

Dice el Dr. Alejandro A. Basile: "la simulación, siendo una actitud fraudulenta, razonada y consciente…constituye un PROBLEMA PROFUNDO, ECONÓMICO Y SOCIAL". Y también asegura que "dentro del amplio campo de la medicina legal, la simulación constituye un capítulo de verdadero interés e importancia en la tarea pericial" ya que en la mencionada circunstancia el médico "deberá desempeñarse moralmente y de conformidad con la función que le compete", apoyándose en el principio de justicia que instrumentan los contenidos propios de la bioética obteniendo resultados que no alteren la credibilidad de la función pericial para obtención de una información médica de los hechos acontecidos. Siendo el experto quien debe conocer los "artilugios" que utiliza el simulador para exteriorizar una sintomatología que realmente no padece. El perito en su tarea de experto, como profesional que posee una metodología técnica que le permite arribar a los objetivos planteados, debería cuestionarse, buscar, descartar u objetivar el mencionado diagnóstico. Si pensamos

en los fundamentos de la bioética en el contexto pericial debemos recordar el ·principio de justicia" como virtud que inclina a cada uno dar o recibir lo que le pertenece o corresponde. Es todo lo que deber hacerse conforme con el derecho y la razón. Y aquí también menciono la regla de la veracidad (del latín "verax", "veracis") referida al que dice, usa o profesa siempre la verdad. La medicina al ser una profesión basada en la ciencia, que exige el conocimiento cierto de las cosas no permite el alejamiento de la verdad en los contenidos de su práctica.

El perito debe ser justo en la apreciación de los hechos, estudiar concienzudamente el caso sobre el cual debe expedirse y no dejarse impresionar ni por el llanto ni por las lamentaciones de una parte, ni por la fuerza no siempre persuasiva de la otra. Tan respetables son los intereses de ambos que el informe debe ser juicioso y meditado; y sus conclusiones los resultados de un estudio minucioso.

Para finalizar este trabajo quiero mencionar los principios que guiarán mi camino laboral como médica legista:

"DECÁLOGO MÉDICO LEGAL". Prof. Dr. Nerio Rojas

I - El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez.

"El médico legista debe además ser siempre verídico, aun con más razones que un testigo, dada la importancia de su palabra en el juicio. La sinceridad, la veracidad, deben ser un culto en él, no sólo para escapar de las sanciones penales por falso testimonio, sino para cumplir con el imperativo moral que condiciona su función ante la justicia.

Juzgará los hechos comprobados con un criterio riguroso y exacto"

II - Es necesario abrir los ojos y cerrar los oídos

"*Abrir bien los ojos, para ver por sí mismo con exactitud, y cerrar los oídos, para no hacerse eco de las palabras siempre tendenciosas de las partes en juicio, o de los comentarios del público basados en prejuicios o pasiones".*

III - La excepción puede ser de tanto valor como la regla.

"Pues todo peritaje es un problema individual".

IV - Desconfiar de los signos patognomónicos

"Esa exactitud de un diagnóstico basado en un solo signo de valor absoluto no existe. La mejor norma pericial es recoger el mayor número de comprobaciones, tratar de coordinarlas y luego basarse en el conjunto para fundar las conclusiones. Poco importa que cada dato aislado sea discutible o de poco valor; la reunión de todos es lo fundamental para la convicción. El perito, en cambio, funda su conclusión en el conjunto de pruebas médicas, pues sabe que aisladamente, cada signo es insuficiente".

V - Hay que seguir el método cartesiano

"El método aconsejado por el filósofo Descartes

cuatro reglas esenciales: 1º No admitir jamás como verdadera ninguna cosa que no aparezca evidentemente como tal y evitar la precipitación o la prevención. 2º Dividir las

dificultades en tantas partes como sea posible para resolverlas mejor. 3º Dirigir ordenadamente el pensamiento, comenzando por lo más sencillo y fácil para llegar a lo más complejo. 4º Hacer enumeración completa y revisiones sin omitir nada.

este método podría ser sintetizado en los siguientes verbos: dudar, objetivar, comprobar, diferenciar y juzgar".

VI - No fiarse de la memoria

"… eso permitirá al final ver mejor el conjunto de observaciones y hasta podrán aparecer pequeños datos, de interés insospechado al principio. …la existencia de anotaciones resultará de un valor precioso para establecer la verdad".

VII - Una autopsia no puede rehacerse

"Toda autopsia debe ser metódica y, sobre todo, completa"

VIII - Pensar con claridad para escribir con precisión

"…pero debe escribir con corrección gramatical, sobriedad de estilo, seriedad técnica, claridad lógica y eficacia dialéctica.

El perito sólo defiende la verdad científica y como su convicción es que ella coincide con su opinión, él debe fundarla con solidez para llevar esa misma convicción al espíritu del juez, que, como el, solo debe buscar la verdad".

IX - El arte de las conclusiones consiste en la medida

"El arte de las conclusiones, además de la claridad, consiste en la medida".

X - La ventaja de la medicina legal está en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada

"*…dentro de la medicina misma, ella no puede encerrarse en una sola especialidad…"*

6) CONCLUSIÓN

De los informes analizados respecto al posible daño psíquico en siniestros de tránsito, se concluye que no se ha solicitado al experto evalúe simulación. En ninguna pericia se ha diagnosticado simulación como tampoco se ha objetivado fehacientemente su evaluación. Es comprensible que existe una gran dificultad para la identificación de las consecuencias psíquicas frente a eventos traumáticos como los accidentes de tránsito en los que deben valorarse factores como el carácter subjetivo, la posibilidad de simulación y el estado anterior previo al siniestro.

La semiología médico legal se encuentra provista de medios para investigar las maniobras de los simuladores a través de la observación, el interrogatorio, examen psiquiátrico y las pruebas complementarias. Por lo tanto, se concluye que el perito debe contar con amplios conocimientos y recurrir a otras disciplinas y especialidades médicas, para alcanzar la verdad médico legal. La inclusión de estudios complementarios, que permitan acreditar evaluación clínica-psiquiátrica del experto facilita de esta manera, tanto la detección del paciente simulador como asegurar la determinación de que el evaluado honesto realmente lo es y no es tratado como un falso positivo. Es así que son objetivos igualmente importantes en el examen pericial la confirmación ó refutación de la existencia de conductas fraudulentas, debiendo también solicitarse en los puntos de pericia la evaluación y acreditación, con herramientas existentes como la descripción de las pautas para detección del engaño, la psicosemiología y los estudios complementarios con sus resultados. Siendo estos la evidencia de haber podido sustentar la presencia o ausencia de diagnóstico de simulación.

En este contexto es importante la investigación en el desarrollo de protocolos específicos de simulación que permitan dar una respuesta a un asunto relevante y preocupante. Cierto es, que la medicina no es una ciencia asertiva, se trata de una ciencia en la cual a través de la metodología científica se puede arrimar a un diagnóstico presuntivo. DIAGNÓSTICO QUE PODRÁ SER CIERTO SI INCORPORAMOS LA METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA, para lograr la CONFIABILIDAD EN LOS INFORMES MÉDICOS.

Considero este trabajo deja abierto el camino para nuevos estudios como la relación de la simulación según niveles socioculturales del actor, implicancias de la evaluación de simulación según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, protocolizar el estudio de simulación específica en el área de siniestros de tránsito, diferencia o no de la evaluación de daño psíquico según la especialidad del perito.

7) TABLAS

TABLA 1

Total de casos evaluados 139 casos	No hace mención a descartar simulación (95 casos)	Refiere haber descartado simulación (44 casos)
Examen psiquiátrico	47	34
Documentación médica de tratamiento psicológico/psiquiátrico	14	0
Solicitó psicodiagnóstico	50	17
No solicitó psicodiagnóstico	45	27

TABLA 2

Estudios complementarios	No hace mención a descartar simulación (95 casos)	Refiere haber descartado simulación (44 casos)
No especificaron estudios	18	6
Bender	23	18
HTP	20	18
Persona bajo la lluvia	17	15
Desiderativo	21	11
Rorschach	9	5
Philipson	8	5
Escala de Beck	2	0
Escala de Hamilton	5	1
Test del sí mismo	1	0
Atención y concentración de Toullusse	1	0
Test de la memoria de Timbal	1	0
Gráficos (sin especificar)	3	5
Test de los colores de Luscher	3	3
Test de Wheschler	1	3
Frases incompletas de Snack	3	0
Cuestionario de Davidson	3	0
Prueba de Storin	1	0
Pruebas de identificación simple de elementos cotidianos	1	0
Familia cinética	1	0
Dibujo libre	1	2
MCMI III	1	0
Mini mental, Folteins	1	
Cuestionarios específicos	0	8
Figura cinética humana	0	1
Escala de trauma de Davidson	0	1
MMPI	0	1
MMSE	0	1

TABLA 3

Modelos explicativos de simulación

Autor: Pablo Santamaría Fernández "UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS (SIMS) EN POBLACIÓN ESPAÑOLA" UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Modelo	¿Por qué simula una persona?	¿Cuáles son los factores que facilitan la presencia de simulación?	¿La simulación es un rasgo de la persona o un estado?
Patogénico	Como un medio para controlar una psicopatología grave y creciente. Pretende controlar dichos síntomas produciendo intencionalmente y bajo su control síntomas simulados.	La presencia de sintomatología grave	Mixto (rasgo y estado)
Criminológico	La simulación se enmarca en el contexto más general de la conducta antisocial y es una expresión específica de esta para conseguir ganancias no merecidas.	La presencia de antecedentes antisociales o problemas con la justicia.	Considera la simulación como un atributo estable o un rasgo de personas antisociales
Adaptativo	Como una respuesta situacional que busca obtener el mejor resultado ante unas circunstancias adversas a sus intereses.	La magnitud de las consecuencias y la carencia de alternativas.	Considera la simulación como una respuesta situacional a un contexto específico (un estado).

8) GRÁFICOS

GRÁFICO 1

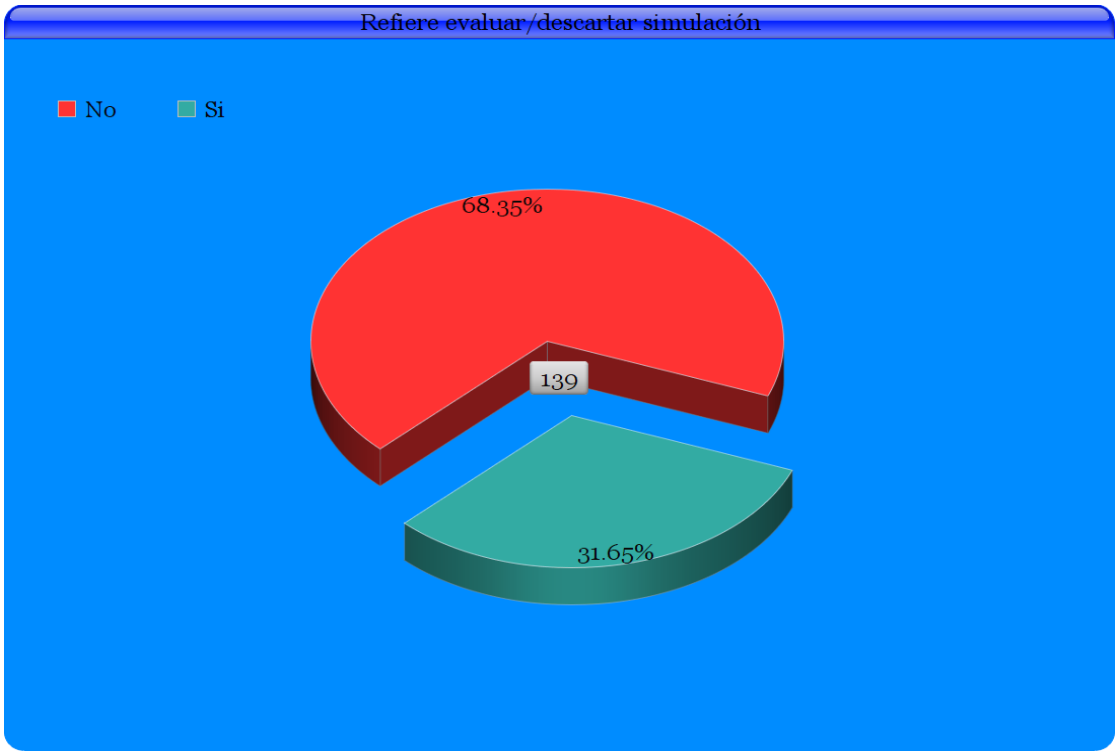


GRÁFICO 2

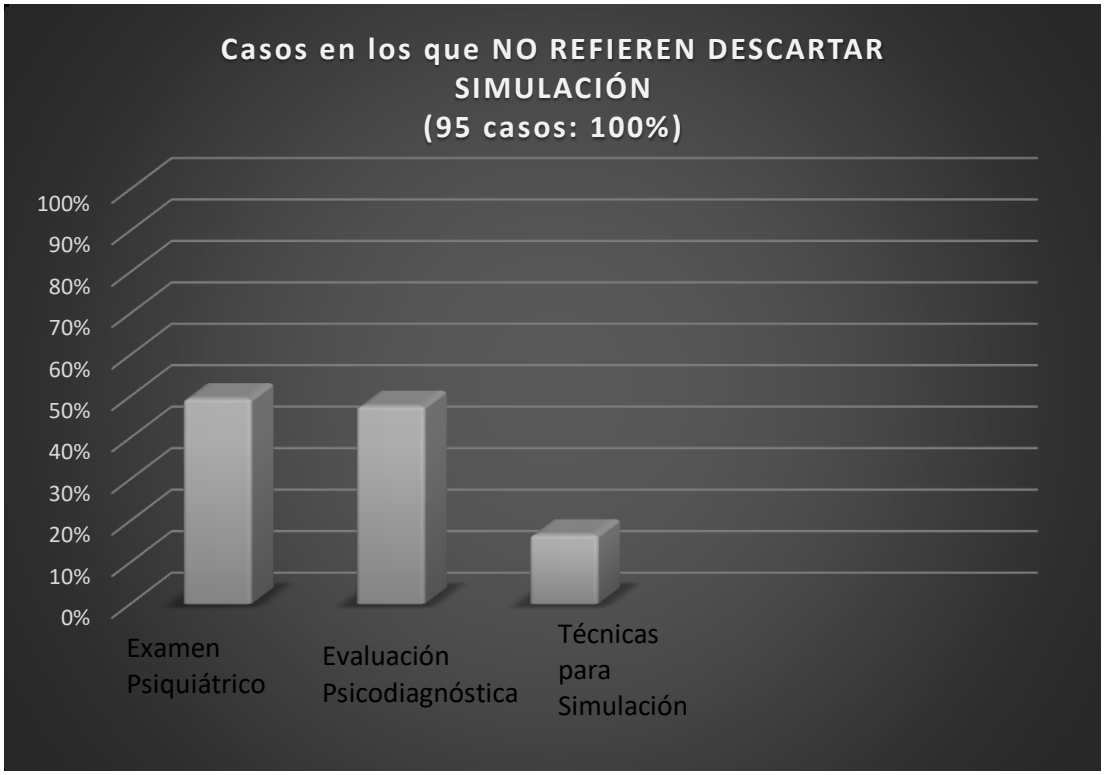
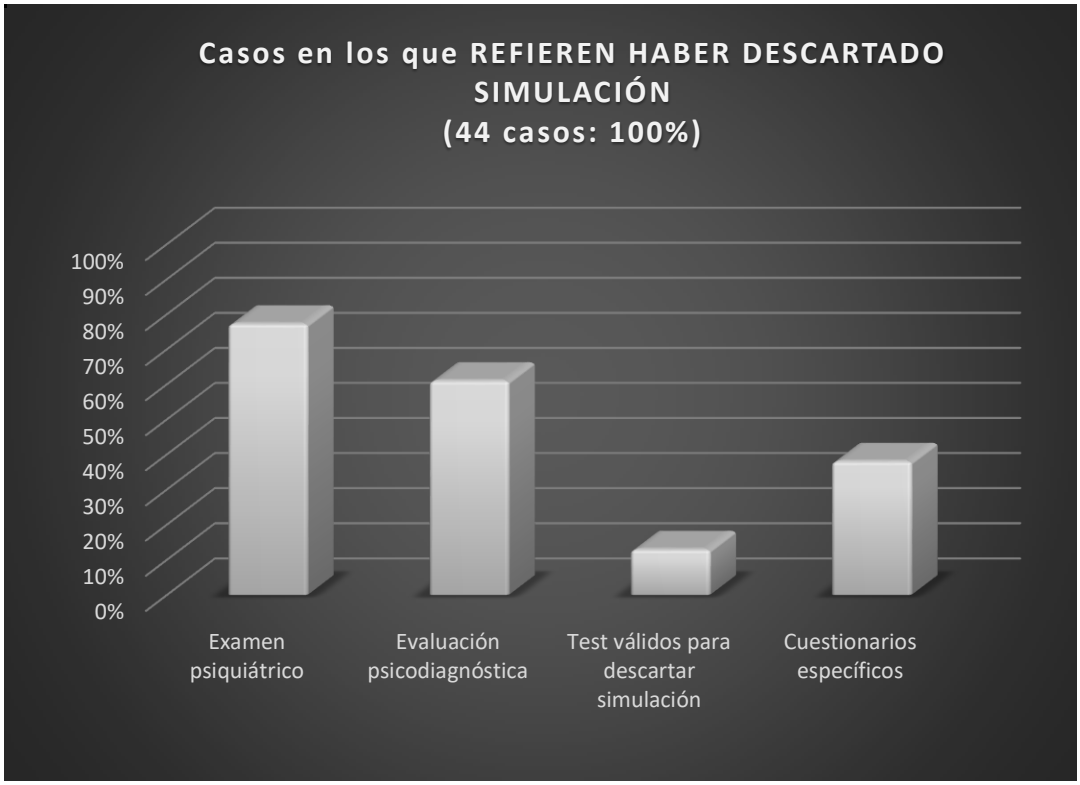

Casos en los que NO REFIEREN DESCARTAR SIMULACIÓN
(95 casos: 100%)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Examen Psiquiátrico
Evaluación Psicodiagnóstica
Técnicas para Simulación

GRÁFICO 3


Casos en los que REFIEREN HABER DESCARTADO SIMULACIÓN
(44 casos: 100%)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Examen psiquiátrico
Evaluación psicodiagnóstica
Test válidos para descartar simulación
Cuestionarios específicos

9) BIBLIOGRAFÍA

- Arce, R- Fariña, F.-Quinteiro, I.: Evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar. -Universidad de Santiago de Compostela (España) y Universidad de Vigo (España) Aula Abierta 2013, Vol. 41, núm. 2, pp. 67-74 ICE. Universidad de Oviedo ISSN: 0210-2773.
- Basile, A. A.: Diccionario de Psiquiatría Forense . Tribunales. Buenos Aires. 2015.
- Basile, A. A.: Fundamentos de la Medicina Legal. Deontología y Bioética. El Ateneo. Buenos Aires; 2015.
- Basile, A. A.: Fundamentos de psiquiatría Médico Legal. El Ateneo.Buenos Aires. 2001.
- Basile, A. A.: Tratado de Psiquiatría Forense. Cathedra Jurídica. Buenos Aires. 2019.
- Basile, A- Waisman, D.: Fundamentos de la medicina Legal. El Ateneo. Buenos Aires. 1989.
- Bertone, M. S.: Detección de la Simulación de Enfermedad Mental Dentro del Ámbito Penitenciario Mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES) Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Julio-Diciembre 2012, Vol.12,No2, pp.109-128 109 ISSN: 0124-1265.
- Calzada Reyes, A.: Instituto de Medicina legal. 5° Congreso Virtual de psiquiatría. Intrapsiquis Febrero 2004. Psiquiatría.com
- Castex, M.: Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.Tomo XXVI (2). Buenos Aires. 1992.
- *Castex,M.:* "*Apostillas complementarias al uso del psicodiagnóstico. El daño en psicopsiquiatría forense".*
- 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. Dosyuna. Buenos Aires. 2016.
- *Covelli,J.L- Roffano, G. J.: Daño Psíquico: Aspectos Médico Legales. Dosyuna. 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.
- Jouvencel, M.R. Biocinemática del accidente de tránsito. Díaz Santos S.A. Madrid. España. 2000.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ªedición. American Psychiatric Publishing. Washinton. 2012.
- Mittenberg, P.: Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica. R*evista Trauma. Vol. 20, n.º 4, octubre/diciembre 2009.*
- Navarro, D. A.: Valoración médico legal del daño Psíquico. Tiempo Sur. Tercera parte: Las secuelas psíquicas de los traumas. Cap VII, Las neurosis de renta.
- Navarro, D. A.; Valoración médico legal del daño Psíquico. Tiempo Sur. (In "Simulación en psiquiatría forense" A. H. Bruno y J. Cabello). Buenos Aires. 2006.
- Patitó, J. A.: Enciclopedia Médico-Legal. Vol I: Patología Forense del Sistema Nervioso Central y Psiquiatría Forense. Cap. 36: Aspectos jurídicos de la simulación del daño psíquico. Akadia. 2009.
- Risso, R. E. "Cuadernos de Medicina Forense". Año 1, Nº2, Pág.67-75. Daño psíquico. Delimitación y diagnóstico. Fundamento teórico y clínico del dictamen pericial. Mayo 2003.
- Rodriguez Sutil, C.: La utilidad del Rorschach y las técnicas proyectivas en la evaluación pericial. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos (Psicología Clínica). Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Salamanca. 1991.

- Rojas, N.: Instituto de Medicina Legal. Medicina Legal de seguros y del trabajo. (en.Cap VIII El peritaje médico asfalológico por Raitzin, A y Cap XI Simulación y Accidente por Gomez, O) .Librería Jurídica. Valerio Abeledo. Buenos Aires As. 1940.
- Rojas, N.: Medicina Legal. El Ateneo. Buenos Aires. 1947.
- Romero, F. C.: "El diagnóstico de simulación en el campo de la psicología forense". http://www. Psicologema.com/pericia-psicológica.
- Rosenham, D.: Revista Science. "on being sane in insane place". 1973.
- Tapias, A.- Bello, D.-Patricia- Jeymy L.- Vesga, V. J.: "Ensayo sobre criterios de simulación de psicopatología para argumentar inmputabilidad en procesos judiciales".
- Weintraub, M. I: MD, FACP. Nuerologcic Clinics. Malingerin and Conversion Reactions. Saunders Company. Mayo 1995.
- Zalazar Diaz, A.- Herrera Lema, A.: Evaluación psiquiátrica-psicológica forense de la simulación. A propósito de un caso forense real. Revista Juris Dictio 20, 167-177
- http://periciaspsicologicas.blogspot.com/2013/10/simulacion.html?m=
- http://www.revistaestrategas.com.ar/v0/sin42.htm
- https://www.lanacion.com.ar/1330131-las-estafas-mas-insolitas-a-lasaseguradoras
- https://www.rankia.com/blog/mejores-seguros/2249475-principales-fraudesseguros
- https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fmlegal La valoración psicométrica de la simulación de síntomas psíquicos en el ámbito forense. Revista Española de medicina legal 42(1):41-44. Enero 2016.
- file:///C:/Users/maria%20silvia/Downloads/Dialnet- Evaluación Forense de la Simulación en casos de acoso escolar-4239132.pdf

10) ANEXOS

BAREMO PARA DAÑO NEUROLOGICO Y PSÍQUICO DE CASTEX & SILVA

CIDIF

ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS DE BUENOS AIRES

2.6.11	SÍNDROME SINISTRÓSICO	VPI - VPG %			
	leve (pero objetivado debidamente)	0	a	10	
	moderado	10	a	15	
	severo	15	*a*	25	
	muy severo, crónico y/o agravado por senescencia	25	*a*	50	

Nota: Debe explorarse la coexistencia de factores causales exógenos. De existir éstos, corresponde un quite del 50 % sobre porcentual tabulado.

2.6.12	TRASTORNOS FACTICIOS				
	(Conforme definiciones del DSM-TV)				
	Con predominio de signos y síntomas				
	psicológicos	0	a	10	
	Con predominio de signos y síntomas físicos	1	a	15	
	Con signos físicos y psíquicos	5	a	25	

Protocolo propuesto por la Dra María Teresa Criado del Río de la Universidad de Zaragoza para efectuar una adecuada evaluación en los siniestrados:

1) Relación médico- actor y correspondiente consentimiento informado: el examinado debe hallarse informado de cuál es el motivo del examen.
2) Diagnóstico clínico del trastorno mental que puede comprobarse.
3) Considerase la eventualidad de la existencia de simulación.
4) Evaluar la relación de causalidad, relación cronológica.
5) Evaluar el estado anterior; evaluar el tipo de personalidad previa del examinado.
6) Consolidación médico legal; es la estabilización del trastorno, con la existencia de una terapéutica que ha fracasado.
7) Determinar la incapacidad funcional.
8) Existe con independencia del daño psíquico un daño moral.
9) Determinar el sufrimiento padecido.
10) Valorar siempre todos los daños sufridos. Entre ellos:
    a) La incapacidad temporal o permanente.
    b) El sufrimiento padecido, tanto físico como psíquico.
    c) La existencia de daño estético.
    d) La existencia de daño emergente.
    e) La existencia de daño futuro.

Test de las 17 preguntas (Covelli)

La evaluación de simulación se puede sintetizar en el aspecto clínico con los siguientes aspectos:

1) Presentación en un contexto médico legal.
2) Discrepancia entre la molestia y la incapacidad pretextada.
3) Falta de cooperación en la evaluación.
4) Deseo de la pronta finalización de la entrevista.
5) Continuidad de los tratamientos.
6) Síndrome atípico.
7) Respuesta, movimientos, palabras evasivas.
8) Falta de convicción y de resonancia afectiva.
9) Ausencia de estabilidad y continuidad en el cuadro clínico.
10) Ausencia de correlación entre la clínica, diagnóstico, historia clínica y tratamiento.
11) Ausencia de correlación entre la clínica y la evaluación.
12) Síntomas vagos.
13) Dramatización en exceso.
14) Rasgos de personalidad.
15) Afirma incapacidad laborativa pero mantiene otras capacidades.
16) Tiene conocimiento del trastorno postraumático.
17) Repite las preguntas y mantiene un prolongado tiempo de latencia en las respuestas.

El Protocolo de Evaluación de Simulación (PES)

Consta de 5 sub-tests:

- 1) Entrevista semiestructurada.
- 2) Test de aprendizaje seriado y reconocimiento mnésico.
- 3) Coin in the hand (Kapur, 1994).
- 4) Test de la figura compleja de REY (Shin, Park, Seol, Kwon. 2006).
- 5) Prueba de nominación.

1) El primer sub test del PES es una serie de preguntas que intentan valorar alteraciones psiquiátricas/neurocognitivas, alteraciones de la sensopercepción, alteraciones del humor y motivos de derivación.
En ella se valora 8 puntos: Alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales; alucinaciones cenestésicas,; ideación delirante; ideación suicida franca; hipertimia displacentera; autoagresiones y trastornos mnésicos.
Para la puntación de los mismos se realiza una serie de los mismos se realiza una serie de preguntas y observaciones:
1- ¿Ud. ha escuchado voces, risas, murmullos o cualquier sonido que las demás personas no escuchan?
2- ¿Ud. ha visto cosas, sombras, personas o figuras que el resto de las personas no puede ver?
3- ¿Ud. ha sentido en el cuerpo que lo tocan, o posee la sensación bajo la piel que algo se mueve?
4- Se valora el discurso del examinado durante toda la evaluación.
5- ¿Tiene usted deseos de quitarse la vida?
6- Se valora la actitud del examinado durante toda la evaluación.
7- Se consigna motivo de la derivación en el centro penitenciario.
8- ¿Ud. tiene problemas de memoria? ¿se olvida habitualmente las cosas?

Se otorga un punto por cada respuesta positiva.

2) Se inicia a continuación la segunda prueba, se entrega una hoja en la cual consta una serie de letras y números que debe ser copiada.

1	2	3
I	II	III
A	B	C
a	b	c

Se otorga un punto por cada serie mal copiada.

3) La tercera prueba, llamada *"The coin in the hand"* consiste en esconder en una mano una moneda. Dejando las manos cerradas a la vista del evaluado, se solicita al mismo que mencione nombres de hombres, mujeres, países, animales, etc. siendo estas pruebas de fluidez verbal solo una mera forma de distracción del examinado. Esta distracción debe extenderse por no más de 40 segundos. Luego se pregunta al evaluado en que mano se encuentra la moneda escondida.

La forma en la que se realiza la seriación es la siguiente:

Derecha Derecha	Izquierda Izquierda

Izquierda Derecha	Derecha Izquierda

Se realizan 8 elecciones y se otorga un punto por cada error cometido

Para completar la 2da prueba, se pide al evaluado que complete las series que se le hicieron copiar previo a la prueba de "la moneda en la mano" utilizando un facilitador, ya que se entrega en la hoja el inicio de cada serie.

1
I
A
A

Se otorga un punto por cada serie mal completada.

4) En la cuarta prueba se le pide a la persona que copie la Figura Compleja de Rey. Esta se puntúa de acuerdo a la siguiente tabla y se corrige según el coeficiente alfa de Cronbach. La criterios de BQSS (Stern. 1994).

36-35: 0
34-33: 1
32-31: 2
30-29: 3
28-27: 4
26-25: 5
24-23: 6
22-21: 7
20 ó menos: 8

5) Finalmente se le pide al examinado que complete una prueba de nominación de 8 ítems, extraídos del ACE (AddenbroKe Cognitive Examinatios). Se aceptan por válidas las siguientes respuestas (imágenes del ACE extraídas web INECO)

Jirafa
Cometa/Barrilete
Canguro
Corona
Helicóptero
Molina
Camello/Dromedario
Barril/Tonel

Se otorga un punto por cada respuesta incorrecta.

El total del protocolo es de 40 puntos, 8 por cada uno de los 5 sub ítems.

El valor de corte es de 17,5 puntos por encima del cual se considera la existencia de simulación y debajo del mismo se evalúa como no simuladores; con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95%. Con error en algunos casos relacionados con retraso mental moderado o grave.

DECALOGO MÉDICOLEGAL

INTRODUCCION

Toda la ciencia busca su síntesis en ciertos principios concretos. La ética persigue el mismo fin para dar bases normativas a la conducta. Es a lo que aspira también la moral con los diez mandamientos que Moisés habría recibido de Dios en el Sinai. Son "diez palabras" de sabiduría, o sea el Decálogo. En un campo menos vasto y guardadas las proporciones, la medicina legal podría también tener el suyo. No ya como normas deontológicas de orden moral para el ejercicio de la profesión, sino como normas técnicas de orden práctico para la realización de los peritajes forenses. Es lo que intento concretar en estas páginas en forma de diez postulados que puedan servir de **guía general a los peritos.** Es a lo que llamo un decálogo médico legal.

I - El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez.

El perito necesita, desde luego, saber medicina, sin requerir para ello ser una enciclopedia médica. Debe conocer bien los hechos fundamentales de su ciencia y seguir la evolución de los conocimientos en continua renovación, pero sin llegar a ser un profundo especialista en cada materia. En la inmensa mayoría de los casos, las cuestiones complejas, de doctrina, más o menos discutibles, tienen reducido o ningún valor en la práctica médico legal, donde se trata de hechos especiales para resolver cuestiones más concretas. Ciertas materias tienen naturalmente más importancia que otras, aunque todas deben ser conocidas. Son fundamentales por la mayor frecuencia de los casos: psiquiatría, anatomía patológica, las dos patologías, sobre todo la quirúrgica, y obstetricia, especialidades a las cuales el perito debe dar mayor preferencia, por razones evidentes que no necesito comentar. Psiquiatría y traumatología son, en realidad, las dos fundamentales. Pero no hay que creer que baste ser alienista o cirujano para ser buen médico legista, aunque entre nosotros suele hacerse la confusión con los psiquiatras, quizás porque aquí los dedicados a medicina legal somos por lo general alienistas. Pero el psiquiatra solamente clínico, es tan médico legista como el partero o el cirujano. Y si la psiquiatría argentina ha dado y sigue dando excelentes peritos, estamos todavía esperando en medicina legal, a los cirujanos que aborden con eficacia el estudio completo de la traumatología forense. Pero no hay que olvidar que no basta ser un buen médico para ser un buen perito. El médico legista debe además ser siempre verídico, aun con más razones que un testigo, dada la importancia de su palabra en el juicio. La sinceridad, la veracidad, deben ser un culto en él, no sólo para escapar de las sanciones penales por falso testimonio, sino para cumplir con el imperativo moral que condiciona su función ante la justicia. Ha de realizar todo ello con la ecuanimidad de un juez, con absoluta objetividad. Juzgará los hechos comprobados con un criterio riguroso y exacto, sin ceder a la tentación de la amistad o de la codicia. Pero el suyo no puede ser en la ocasión un criterio exclusivamente médico, pues este suele estar en desacuerdo con la solución jurídica o legal. El perito debe tener un criterio médico legal, que sólo podrá adquirir conociendo la doctrina jurídica esencial y la legislación aplicable al caso sometido a su dictamen. Solo así le podrá ser siempre útil, pues sabrá cuales son los puntos que debe aclarar y con qué norma ha de hacerlo. Esta es la causa habitual de las deficiencias de los

informes médicos. Razón tenía Legrand du Saulle cuando después de hablar de la ignorancia en medicina legal entre abogados y médicos, decía: "En los dos casos, el abogado no ha abierto jamás un libro de medicina mental y el médico alienista ha olvidado completamente de hojear el código". En ningún país, sobre todo para los no alienistas, más que en el nuestro, resulta aplicable esta opinión del gran maestro francés.

II - Es necesario abrir los ojos y cerrar los oídos

Esta excelente norma fue ya aconsejada por Devergie. Es una fórmula inteligente que marca la línea de conducta más prudente, segura y eficaz: abrir bien los ojos, para ver por sí mismo con exactitud, y cerrar los oídos, para no hacerse eco de las palabras siempre tendenciosas de las partes en juicio, o de los comentarios del público basados en prejuicios o pasiones. El perito debe comprobar personalmente y aislarse indiferente por encima de los intereses parciales en juego en cada causa. Un gran peligro para el perito es el dejarse impresionar por el ambiente público, por la amistad sospechosa, por la simulación de las partes. En materia penal, el acusado o la víctima, en materia civil, cualquiera de las partes o sus parientes, intentan con frecuencia engañar al perito. El homicidio, según el procesado, habría sido en legítima defensa; según los deudos, habría sido un asesinato con alevosía con la víctima herida de atrás o sentada; en el juicio de insania, unos parientes afirmaran con vehemencia indignada y teatral que el enfermo es un perfecto imbécil, mientras otros sostendrán con energía que el supuesto alienado es un hombre muy inteligente. En general, salvo ciertos casos que el buen juicio del perito determinará, es mejor no guiarse por los datos de tal procedencia. Hay que hacer todo lo contrario de lo aconsejado por Eduardo Wilde, quien con su humor de escéptico indicaba al perito "consultar con las solteronas del barrio" para orientarse en los sumarios oscuros, pues "no hay cosa que una vieja no sepa por sus vecinas". Parientes o vecinos son casi siempre fuentes sospechosas de información y el perito que recurre a ellos con ingenuidad sigue un camino lleno de peligros. Conozco casos de colegas que olvidaron esta buena norma de abrir los ojos y cerrar los oídos y fueron inducidos en los más graves errores. En todo caso, la perspicacia del perito sabrá discernir aquellos datos y personas merecedoras de su confianza. Sin duda, es preferible siempre hacer abstracción de esos antecedentes juicios. Y sobre todo, deberá saber que él no puede excederse y efectuar, so pretexto de averiguación médica, toda una investigación complicada con interrogatorio de testigos, pues se trataría de una información extrajudicial de discutible valor forense, como alguna vez ha quedado establecido en nuestros tribunales.

III - La excepción puede ser de tanto valor como la regla

En la práctica clínica corriente, el médico se guía sobre todo por los hechos más habituales, pero sin descuidar las posibles rarezas. Esta precaución es aún más necesaria y útil en medicina legal, donde siempre se trata de casos de especie, pues todo peritaje es un problema individual. Por eso mismo, el perito debe tener siempre presente la posibilidad de un hecho excepcional. A veces, la justicia suele preguntarle "si es posible" que un hecho dado sucediera de tal modo. Aunque la regla en la lógica y los hechos imponga la imposibilidad, al perito debe bastarle saber que el hecho "puede" realizarse, aunque sea una vez en mil, para responder afirmativamente a la cuestión planteada. Aunque muy excepcional, el hecho no

debe ser negado, pues el caso estudiado podría ser precisamente el de la excepción. Esto en cuanto a una posibilidad teórica o doctrinaria, pues puede suceder que ella deba ser rechazada en un caso concreto cuando aparece en contradicción con otros datos objetivos del caso mismo. Es ya cuestión de especie, que el perito resolverá con su ciencia y su buen criterio. En estos trances forenses, el perito será muy cauteloso y administrará con precisión su vocabulario. Tres palabras le serán preciosas en su progresión de matices: verosímil, posible y probable. Hace poco un juez del crimen, entre otras, me planteó la pregunta "de si era posible que dos balas entraran por el mismo orificio". Respondí que el hecho era posible, aunque "excepcional dentro de lo raro", y que en ese caso, un homicidio, no había datos para negarlo o afirmarlo por numerosas omisiones de los informes anteriores. La excepción, pues, puede resultar de tanto valor como la regla ante las exigencias forenses, siempre individuales y concretas. Ello mientras se trate de una excepción sola para resolver el caso subjudice. Y en este asunto, reproducirá lo que decíamos en el informe sobre la muerte del doctor Carlos A. Ray: "Bien es cierto que la excepción, tratándose de hechos médicos, es siempre de valor y resulta aceptable en medicina legal, donde se busca aclarar un caso determinado, que puede precisamente constituir la excepción. Pero si un hecho excepcional es posible y en tal sentido el perito debe tenerlo en cuenta y aceptarlo como explicación, la situación ya cambia cuando, como en este caso, es necesario recurrir a la reunión de muchas excepciones, interpretando sólo con ello, absolutamente todos los datos que la investigación médica ha obtenido. Es evidente que en esa forma, tratándose de fenómenos no matemáticos, hay que tomar el conjunto de los datos. La posibilidad de un hecho así, con reunión de todas las excepciones, resultará ya inaceptable o por lo menos improbable, según la naturaleza de los datos.

IV - Desconfiar de los signos patognomónicos

Es sabido que los llamados signos patognomónicos no pasan de ser una ilusión clínica. Desgraciadamente, esa exactitud de un diagnóstico basado en un solo signo de valor absoluto no existe: la precisión matemática no es aplicable a los problemas biológicos que el médico debe resolver. Si ése es el criterio clínico, el mismo y con mayor rigor debe ser el criterio médico legal: el perito no puede confiar en la indicación de un solo signo, precisamente por la trascendencia de su opinión, cuyas consecuencias son a menudo irremediables. Pero en este asunto es necesario distinguir los "signos" de las "pruebas". Los primeros son fenómenos o alteraciones objetivas que aparecen más o menos espontáneamente a la investigación del perito. Las segundas son formas de reacción o modificaciones provocadas deliberadamente por este. Si hay que desconfiar de aquellos, pues nunca son absolutos, se puede, en cambio, tener más fe en el valor de las últimas, pues resultan el corolario de una pequeña experiencia, cuyo determinismo se conoce. Todo esto resulta corroborado por la práctica y por la historia médico legal. El caso de las "manchas de Tardieu" es ejemplar: las equimosis subpleurales no tienen el valor patognomónico en el sentido de muerte por sofocación como lo sostuvo el sabio maestro. La situación es diversa cuando se trata de "pruebas" o reacciones. Así, por ejemplo, el resultado de la prueba de lcard, de inyección de fluoresceína para el diagnóstico de la muerte (en el vivo da color amarillo); o el de dosificación de alcohol en la sangre o la orina para afirmar o negar la ebriedad; o el de la docimasia pulmonar, con sus cuatro tiempos, para saber si un feto ha respirado o no. Es natural que hay ciertos datos de

un valor enorme, que el perito no puede desechar. Así, por ejemplo, el punto de Beclard, de osificación de epífisis inferior femoral que indica madurez del feto; o la presencia del tatuaje de pólvora en una herida de arma de fuego, que indica disparo desde poca distancia. Pero fuera de que estos signos, como otros semejantes, tienen variaciones de forma, intensidad, etc., hay casos de excepción y de hechos negativos. La mejor norma pericial es recoger el mayor número de comprobaciones, tratar de coordinarlas y luego basarse en el conjunto para fundar las conclusiones. Poco importa que cada dato aislado sea discutible o de poco valor; la reunión de todos es lo fundamental para la convicción. En esto, como alguien dijo, también la unión hace la fuerza. A falta de signos patognomónicos, el perito fundará su conclusión en la coordinación de todos los datos. En un trabajo anterior, yo he recordado que esa no suele ser la posición del abogado en el juicio. El valor de los signos es distinto para el perito y para el defensor; el juez no debe olvidar que aquel suele guiarse por los signos positivos, mientras este prefiere hacer resaltar los negativos. La táctica forense induce a la defensa a destruir uno a uno, y sucesivamente, los signos en que el perito basa su opinión y esa tarea resulta a veces un ágil esfuerzo dialectico y abre la entrada a las hipótesis más desconcertantes, pues la confusión favorecerá siempre al acusado. El perito, en cambio, funda su conclusión en el conjunto de pruebas médicas, pues sabe que aisladamente, cada signo es insuficiente. El defensor procede por análisis y fragmentación crítica; el perito procede por síntesis y correlación lógica. Pero, suele suceder que aquel, al discutir los fundamentos, busque destruirlos individualmente e invoque contra uno argumentos que luego debe rechazar contra otros. El juez no debe, pues, olvidar esa diferencia de método entre el médico y el abogado, cada uno en su respectivo papel.

V - Hay que seguir el método cartesiano

El método aconsejado por el filósofo Descartes es, en realidad, excelente para cualquier investigación científica. Consiste, como es sabido, en seguir estas cuatro reglas esenciales: 1º No admitir jamás como verdadera ninguna cosa que no aparezca evidentemente como tal y evitar la precipitación o la prevención. 2º Dividir las dificultades en tantas partes como sea posible para resolverlas mejor. 3º Dirigir ordenadamente el pensamiento, comenzando por lo más sencillo y fácil para llegar a lo más complejo. 4º Hacer enumeración completa y revisiones sin omitir nada. Este era el filósofo de la "duda" inteligente, lógica, exploradora. Es la actitud del sabio en la marcha de su investigación. Debe también ser la del perito en la solución del problema médico forense. El método cartesiano, con sus reglas, exige del perito una actitud intelectual bien definida, para que la duda inicial no resulte una posición de escéptico capaz de quitar toda eficacia a su tarea. El perito debe tener y cultivar su perspicacia. En la práctica corriente, el médico cuenta con lealtad, la colaboración del enfermo y de su familia, factores con los cuales el perito no puede contar y, ya hemos visto, hasta debe desconfiar de ellos. En cambio de eso, a menudo encontrará mentira, interés, simulación: su perspicacia, don natural o adquirido con la práctica, lo orientará para cumplir la primera regla cartesiana. Para cumplir las siguientes, buscará por sí mismo las comprobaciones; se habituará a objetivar estableciendo las diferencias entre los diversos problemas propuestos y datos encontrados y sabrá juzgarlos con la luz de un buen criterio médico legal, cuyos elementos hemos ya analizado en páginas anteriores.

Tratándose de normas de acción, este método podría ser sintetizado en los siguientes verbos: dudar, objetivar, comprobar, diferenciar y juzgar.

VI - No fiarse de la memoria

Este es un consejo cuyo alcance es fácil de comprender. En el desarrollo del peritaje/autopsia, examen de un enfermo, investigación de laboratorio; van comprobándose una gran cantidad de datos que a pesar de su importancia pueden ser olvidados del todo o en algunos de sus detalles, si el perito ha confiado en su memoria. Nada de esto sucederá si se ha tenido la precaución de tomar notas de todo a medida que los datos fueron apareciendo o haciéndolo inmediatamente después, lo que puede ser mejor con un delirante perseguido, por ejemplo. Si los peritos son varios, cada uno tomará sus notas o alguno de ellos podrá hacerlo para todos, si así se ha convenido. La utilidad de este hábito es enorme. Las referencias serán así más exactas, pues en la memoria hay siempre una parte de olvido. Además, eso permitirá al final ver mejor el conjunto de observaciones y hasta podrán aparecer pequeños datos, de interés insospechado al principio. Si los peritos están de acuerdo, tanto mejor; pero en caso de discusión, sea sobre los hechos mismos o sobre su interpretación, la existencia de anotaciones resultará de un valor precioso para establecer la verdad, y siempre se colocará en inferioridad de condiciones el perito que no haya tenido la precaución de tomarlas.

VII - Una autopsia no puede rehacerse

Toda autopsia debe ser metódica y, sobre todo, completa. El perito ha de habituarse a ejercitar sus sentidos antes y después de cortar: ver, tocar y a veces también oler. Pero debe ver bien todos los órganos y hacer constar los detalles de valor médico legal. Siendo así completo, es más útil al juez y permite, si hay necesidad, el estudio de otro perito sobre los datos de su informe. No debe darse por satisfecho con la primera comprobación que le parezca suficiente para explicar la causa de la muerte, pues la historia de la medicina legal conoce los casos de las sorpresas más extrañas, que han resultado anécdotas algunas veces pintorescas y otras dramáticas. Sobre todo, el perito tiene el deber de agotar su investigación de autopsia, pues si ella no es completa habrá perdido la oportunidad de aclarar todos los hechos a la justicia, la cual con frecuencia ya no podrá hacerlo en debida forma más tarde. Es lo que sucede cuando hay necesidad de una segunda autopsia, en la cual los nuevos peritos encuentran mayores dificultades no sólo por la putrefacción que ha avanzado, sino por las modificaciones de forma y situación de órganos o lesiones producidas por la primera necropsia. Sin embargo, sucede a menudo que las deficiencias de los primeros peritos, obligan al juez a ordenar una exhumación para investigar con precisión algunos puntos en blanco. Los juicios en los cuales se ha hecho una segunda autopsia no son tan excepcionales por lo menos en tribunales provinciales, y hasta conozco casos en los cuales ha habido necesidad de tres, con diferentes peritos. Tal extremo no se explica sino por ignorancia máxima o por mala fe.

VIII - Pensar con claridad para escribir con precisión

Si todo problema clínico es un acto de lógica, ésta es aún más necesaria en la práctica médico forense. Toda actuación pericial se compone de dos momentos

intelectuales. El primero, de comprobación, es de análisis y de crítica, y debe resolverse siguiendo la norma quinta, que ya hemos estudiado. El segundo, de demostración, es de síntesis y de argumentación. Todo perito necesita desarrollar su aptitud dialéctica, pues su informe debe convencer. Su opinión no puede limitarse a una afirmación dogmática para justificar sus conclusiones, pues para apreciar el valor de esta prueba, de la cual puede apartarse, el juez debe conocer y pesar las razones en que se funda. El perito necesita habituarse a redactar, pues lo fundamental de su actuación es escrita, situación que lo diferencia radicalmente de sus colegas de la práctica profesional. No necesita, desde luego, escribir con un estilo literario, lo peor que puede suceder es querer hacer literatura, pero debe escribir con corrección gramatical, sobriedad de estilo, seriedad técnica, claridad lógica y eficacia dialéctica. La excusa de no saber hablar o escribir suele ser invocada por quienes no se dan la pena de estudiar bien y pensar mejor. Cuando las ideas son claras, la forma verbal adquiere diafanidad y precisión, las dos mejores cualidades del estilo, aun en la creación literaria y con mis razón en la científica. El perito que primero piensa con claridad, asocia sus ideas con rigor lógico, sabrá argumentar con método y concretara sus conclusiones con precisión. De ese modo su actuación será más eficaz para la justicia. Esto no significa que la necesidad dialéctica ha de convertir al perito en un abogado de una de las partes. El perito sólo defiende la verdad científica y como su convicción es que ella coincide con su opinión, él debe fundarla con solidez para llevar esa misma convicción al espíritu del juez, que, como el, solo debe buscar la verdad. Esto, sobre todo, es útil, o mejor dicho indispensable, cuando se informa en disidencia con los colegas de peritaje.

IX - El arte de las conclusiones consiste en la medida

Una de las mayores dificultades periciales es la de redactar las conclusiones del informe. No sólo el pensamiento, o sea la opinión ha de ser muy exacto, de acuerdo estricto con las comprobaciones, sino que el vocabulario debe ser también muy preciso. A veces, una palabra puede cambiar todo un concepto, o prestarse a una interpretación que no estuvo en la mente del perito. El arte de las conclusiones, además de la claridad, consiste en la medida. Hay que saber el límite de lo que puede afirmarse categóricamente. No hay que ser demasiado prudente ni temerario. El perito sabrá triunfar de dos dificultades igualmente peligrosas: la timidez y la audacia. Su buen juicio le dará el límite exacto de sus afirmaciones posibles. Si es de una prudencia excesiva, de modo tal que su exagerada crítica le convierte en escéptico, sus conclusiones serán de una timidez que le impedirá salir de la vacilación, de la duda, de la hipótesis, y la justicia carecerá de la comprobación firme que buscaba y necesitaba con el peritaje. Si, por el contrario, el perito es demasiado audaz, en forma tal que su precipitación le torna irreflexivo, sus conclusiones podrán resultar de una temeridad que le permitirá ser categórico en sus afirmaciones, pero la justicia correrá el riesgo de aceptar una conclusión no justificada por los hechos bien analizados. En ambos casos, el médico habrá llenado mal su función y habría hecho un esfuerzo sin eficacia y hasta perjudicial. La ciencia y el buen criterio del perito le permitiría saber el valor de las diferentes comprobaciones, comprender que es lo que puede aceptarse como probado o cierto, en qué punto se puede ser categórico para afirmar o negar. Esa medida técnica y lógica deberá objetivarse en esa medida verbal de las pocas palabras de sus conclusiones.

X - La ventaja de la medicina legal está en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada

Yo endoso complacido esta afirmación prestigiada por la firma de Lacassagne. En efecto, dentro de la medicina misma, ella no puede encerrarse en una sola especialidad, como lo hemos visto en páginas anteriores, pues las abarca a todas, desde el punto de vista forense. Por los confines de la medicina, ella alcanza a la criminología, toca al derecho en ciertos aspectos civiles y penales, y por todo eso abre ante ella las perspectivas sociológicas y filosóficas más atrayentes. Exige por ello una cultura más vasta que otras ramas de la medicina y puede dar, como pocas, una sensación de plenitud intelectual. Pero esta amplitud panorámica puede resultar peligrosa, pues suele por ello dársele límites imprecisos y hasta hay quienes piensan que es una ciencia verbalista, proclive a la improvisación. Consecuencia del primer error es que algunos la confundan con la medicina social, que es filantropía técnica o higiene, y poco tiene que ver con nosotros. En cuanto al segundo, baste decir que todo el esfuerzo moderno en medicina legal consiste en concretar su doctrina y objetivar en lo posible sus métodos, para darle el rigorismo severo de una verdadera disciplina científica y ponerla en sus procedimientos a tono con las otras ramas de la medicina. Y ello es realizable y necesario, dentro de su amplia perspectiva intelectual y moral, pues la medicina legal tiene dos bases concretas de aplicaci6n: la ley, que es la forma positiva del derecho, y el caso forense, que es el hecho objetivo para la aplicación de aquella. Las normas pueden así concretarse en reglas y esto justifica los diez mandamientos que acabo de exponer.

Texto extraído de la obra "Medicina Legal" del Dr. Nerio Rojas, Editorial El Ateneo, Tercera edición, Buenos Aires, 1947.