

SIMULACIÓN

Guido Berro Rovira

Preámbulo

Desde la antigüedad, variados intereses y motivos llevan a las personas a simular patologías de la más diversa índole. También nacieron seguidamente procedimientos para descubrirlas, que en el pasaje de los siglos y evoluciones técnicas y científicas fueron constituyendo el diagnóstico medicolegal de la simulación.

La simulación es un tema de los que más exigen al médico legista, y no solo de conocimientos sino de perspicacia.

El médico legista en su actuar pericial se ve obligado a colocarse en una perspectiva bien distinta a la del médico general o tratante al que el paciente acude por su propia voluntad con el objetivo de curarse. En ese vínculo centrado por la confianza rara vez ingresa la desconfianza del médico y el deseo de engañar del paciente. En el contexto medicolegal es inversa la situación, es frecuente que el periciable trate de mentirle al perito y que éste desde el comienzo sea bastante escéptico sobre lo que ve y escucha. El periciable en muchas ocasiones intentará en lo posible sacar provecho de su examen y dictamen, sabe y no pretende que el perito le cure. Es así que el médico-legista debe estar preparado para encontrarse con la simulación en su actividad pericial.

Etimología

El término proviene del latín *simulatio*, acción de imitar lo que no es o simular. Se utiliza también el término *patomimia*, de *phatos*, enfermedad, y *mimos* imitación, lo que nos parece bien apropiado pero cuando se quiere referir concretamente y únicamente a “*enfermedad simulada*”.

Ubicación

La simulación integra los eventos que influyen en la valoración del daño a posteriori del hecho dañoso real o no, como también lo integran las neurosis de renta y/o sinistrosis. La simulación raramente es evocada en el Derecho y sus cultores al momento de la valoración de daños y perjuicios.

Es la simulación un proceso generalmente voluntario y consciente.

Se trata de aparentar una patología que no existe o existiendo se exagera ostensiblemente (sobresimulación) o se provoca (por ej. síndrome de Münchhausen).

Subyace en su intencionalidad fines de lucro, u otro beneficio.

Concepto

Emilio Federico Pablo Bonnet nos ha dicho que simular es un *fraude clínico*, que consiste en imitar, agravar o crear intencionalmente síntomas patológicos con una finalidad especulativa.

Camilo Leopoldo Simonin la conceptualizó como: “fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con finalidad concreta”

Juan Antonio Gisbert Calabuig como: “toda suerte de fraudes clínicos motivados por la intención de alcanzar alguna finalidad beneficiosa que no puede conseguirse de otra manera que a expensas del engaño”

Definición

Existen distintas definiciones, personalmente adhiero a la siguiente: **“Proceso psicológico, caracterizado por la decisión consciente de reproducir, valiéndose de la imitación más o menos directa, trastornos patológicos, con la intención de engañar a otro, manteniendo el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo y durante un tiempo mas o menos prolongado, cuyo resultante es la intención de conseguir determinado provecho a expensas del engaño”**. Minkowski

Diferenciaciones

Si bien posee algunas similitudes, se debe diferenciar de:

- ◆ Histeria,
- ◆ Hipocondría.
- ◆ Trastornos *facticios*: sinistrosis, neurosis de renta, etc.

También tiene similitudes y es tomada con frecuencia como sinónima, aunque existen matices diferenciales, con procesos y términos como:

- ◆ Patomimia
- ◆ Enfermedad provocada
- ◆ Enfermedad agravada
- ◆ Enfermedad pretextada
- ◆ Enfermedad entretenida
- ◆ Fraude clínico, mentira, falsedad, fingimiento, farsa, engaño.

Igualmente debemos diferenciarla de la Disimulación, que aunque de similar génesis y propósito es una:

- ◆ Conducta opuesta
- ◆ Se oculta patología existente
- ◆ Con animo de ventaja o lucro
- ◆ Voluntaria
- ◆ Consciente

Reseña histórica

Como breve comentario sobre la simulación a través de la Historia, podemos ver que:

- ◆ Existió siempre (a diferencia con la neurosis de renta y la sinistrosis que aparecen luego de las primeras legislaciones obreras)
- ◆ “Universal y democrática”: tanto el rey como el mendigo, el juez como el procesado.

- ◆ En la Biblia (David simula “locura” al caer preso del rey Aquis de Get, *Libro I de los Reyes* cap.XXI,V,13)
- ◆ Hipócrates, la describe entre soldados.
- ◆ Galeno, escribe “*Tratado sobre las enfermedades simuladas*”.
- ◆ En 1595 Silvaticus, se refiere a simulación de enfermedades mentales.
- ◆ En España, sigloXVI, se describen “fraudes por pícaros” para mover la caridad del prójimo.
- ◆ Paré, Fidele, Zacchia, nos aportan algunas reglas para descubrir enfermedades simuladas.
- ◆ Antonio Vallejo Nájera (1951) le dedica al tema todo un libro, de referencia histórica ineludible.
- ◆ Camilo Leopoldo Simonin (1962) y otros autores clásicos de la Medicina Legal le dedican un capítulo en sus respectivas obras, igualmente las obras y artículos de Psiquiatría y de Criminología, así por ejemplo J. T. Borda, José Ingenieros, Osvaldo Loudet, A. Porot, M. Ruiz Maya, el ya mencionado Vallejo Nájera, etc.
- ◆ En Uruguay: Julio Arsuaga Soto se dedicó especialmente al tema.

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 mas objetivo posible.

Se aconseja entonces:

- ◆ 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

Es característico en estos periciados, como se dijo en concepto y definición, la existencia de voluntad de fraude consciente. La imitación de síntomas o la ocultación de otros (disimulaciones intrincadas), siempre con un propósito o finalidad utilitaria, y esto puede interceder en la objetividad del perito. A propósito recordamos una anécdota de quien fuera nuestro director en el Instituto Técnico Forense, el Dr. José Ma. Reyes Terra, reconocido psiquiatra antes de médico legista de fuste, quien en una ocasión y frente a un periciado que le provocaba rechazo buscó otro perito que lo sustituyera porque temía perder la imparcialidad y objetividad necesarias para continuar con la peritación.

Áreas

En los campos del ejercicio pericial la podemos encontrar en todos, pero se pueden clasificar:

- ◆ En lo Penal: abusos sexuales, violencia conyugal, enfermedad mental-inimputabilidad, eximirse de acusaciones, eximirse de encarcelamiento, desorientar, etc.

- ◆ En lo Civil, Laboral, Previsional, etc.: indemnizaciones, adquirir derechos, incapacidades, rentas pensiones, jubilaciones, mendicidad, falsos inválidos. Hace unos años nos tocó actuar como peritos en casos que se sospechaba que determinadas jubilaciones otorgadas por enfermedad mental eran fraudulentas, lo que pudo ser confirmado, ya que personas sin patología mental eran instruidas por una gestora previsional a simular psicosis esquizofrénica y obtener así su beneficio jubilatorio.

Tipos de simulación

Se presenta de distintas formas, tanto la simulación como la disimulación, las que podrán ser somáticas o mentales:

- ◆ Somáticas: lesiones provocadas, auto-mutilaciones, enfermedades, heridas y úlceras, dermatosis, escaras, abscesos, flemones, quemaduras, edema traumático, conjuntivitis y otras afecciones oculares y visuales, auditivas, fiebre, digestivas, cv, respiratorias, urogenitales, etc.

Siempre hemos de tener en cuenta y valorar adecuadamente el Estado Anterior, es decir, toda situación orgánica y/o funcional previa a un hecho lesivo, conocida o desconocida, interrelacionada con las lesiones que de él resultan.

Al respecto, el Estado Anterior puede ser variable y por ejemplo:

- ◆ Sano.
- ◆ Patológico previo y lo usa como debido al hecho.
- ◆ O tratarse de una *Metasimulación o perseveración (A.Porot)*: reproducción de síntomas de patología padecida anteriormente.
- ◆ O una *Sobresimulación (J. Ingenieros)*: exagera lo sucedido o un estado anterior. También a veces bajo la forma de Enfermedad entretenida, agravada, mantenida, continuada, etc.

Diagnóstico

Cuanto mas inteligente y mayores conocimientos posea la persona, mayores serán las posibilidades de actuar con eficiencia simuladora.

Es así que algunas simulaciones son burdas, y otras están inteligente y hábilmente desarrolladas por lo que el médico perito debe estar bien informado y ser sagaz observador. Es raro que un simulador sometido a la larga y paciente observación y colocado en condiciones de severo examen no acabe por ceder o quedar en evidencia.

El diagnóstico de una posible simulación no es sencillo, e implica:

- ◆ Verificar certeza de síntomas y signos.
- ◆ Usar métodos exploratorios y análisis complementarios actualizados. A veces, recurrir a asistente social y/o psiquiatra.
- ◆ Prudencia.
- ◆ Paciencia y tolerancia.
- ◆ Objetividad.

- ◆ Precisión científica.
- ◆ Firmeza.

Se debe sospechar simulación siempre, pero obligatoriamente cuando exista:

- ◆ Sintomatología incompleta de un cuadro clínico clásico.
- ◆ Incoherencia de los síntomas y signos alegados, mal sistematizados.
- ◆ Incongruencias al examen físico y más aún a la repetición de exámenes, con aparición de cambios.

Para la elaboración del diagnóstico es conveniente ganarse la confianza, a veces se confiesan o en parte se retractan de su postura (“procedimientos morales”).

No es conveniente que el paciente intuya que sospechamos, al menos hasta terminar el examen.

El aspecto, situación y evolución de las lesiones puede guiarnos hacia el diagnóstico, así también cuando el periciado ha sido rebelde al tratamiento y el mismo era alcanzable fácilmente y en sitios accesibles.

Es útil usar “procedimientos por sorpresa”, tomarlo desprevenido, mostrando ausencia de síntomas.

Entiendo que se deben proscribir los métodos coercitivos y peligrosos (no éticos).

Por otra parte el diagnóstico implica que el perito conozca por completo y en forma exacta la etiología, la sintomatología y las distintas variedades clínicas de cada enfermedad que se le presenta y puede estar simulando. Podríamos decir al respecto que la posibilidad de descubrir a un simulador está en razón inversa de su inteligencia y en razón directa de los conocimientos y agilidad mental del perito.

Orientan al Diagnóstico:

- ◆ Síndrome atípico
- ◆ Sintomatología contradictoria
- ◆ Simula Psicosis: Psicótico verdadero no tiene noción de enfermedad, simulador admite ser un enfermo psíquico.
- ◆ Respuestas evasivas, de escudo o defensivas.
- ◆ Falta de estabilidad del cuadro que lo acomoda a las exigencias.
- ◆ Falta de correlación etiológica.
- ◆ Pude haber terreno psíquico predisponente.

Si se trata de una patomimia, es decir una enfermedad simulada, por lo común, el síndrome simulado tiene caracteres atípicos y no se ajusta a los del síndrome clínico verdadero.

La sintomatología simulada suele ser contradictoria y reacciona violentamente ante preguntas que lo afectan.

Con frecuencia se combinan manifestaciones de síndromes opuestos.

Son frecuentes las evasivas a preguntas muy concretas, cruciales en cuanto a por ejemplo la cronología de los hechos alegados y reales. A veces para eludir respuestas se vale de movimientos, de palabras o de frases estereotipadas o que pretenden distraer y derivar el diálogo hacia otros aspectos, es lo que se ha llamado “*estereotipia de escudo o defensiva*”.

A menudo existe mala disposición al interrogatorio, evidenciándose el deseo de terminar rápidamente la entrevista y dar por muy bien probado todo cuanto ya se dijo fastidiándose si se extiende más de la cuenta. A su vez hay a veces falta de *estabilidad* del cuadro clínico presentado y el simulador le imprime modificaciones para acomodarlo a las exigencias de las preguntas planteadas por el médico perito.

No hay correlación entre *su* evolución y las más frecuentes para el caso clínico planteado.

Mala disposición para el cumplimiento de las pruebas o test.

Algunas pruebas clásicas que se usan:

- ◆ Índice-índice, reflejo consensual.
- ◆ Pruebas de rigideces articulares
- ◆ Zurdo simulado
- ◆ Es muy importante: recurrir a paraclínica actualizada, que aporta también un respaldo documental al diagnóstico de Simulación. Así por ejemplo nos ha resultado contundente una Espirometría en quien sospechábamos fuera un simulador. Un estudio de conducción eléctrica en quien simulaba mantener aún una afectación nerviosa del miembro superior que sí había padecido y retrocedido.

En suma: hacemos especial énfasis en tener en cuenta la posible simulación al momento de nuestro trabajo pericial. Nuevamente la imparcialidad, neutralidad y objetividad del perito se destacan, así como la honestidad, veracidad y lealtad en el desempeño de la función inherente a su cargo. Pero a su vez se debe ser bien prudente si aún persisten dudas, baste recordar por ejemplo que hechos históricos: cuando se reveló la encefalitis letárgica en 1917 se la tuvo primeramente por histérica, y la impotencia funcional postraumática en manos debida a una osteítis rarefaciente se la tuvo comúnmente por simulada.

Anecdotario

En esta addenda, en lugar de anécdotas propias he optado por transcribir, compilar y titular, por lo entretenidas y jugosas, y con autorización de mi estimado compañero de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay y maestro de la Oftalmología el Ac. Prof. Dr. Antonio Borrás, las que tan amablemente refiere en su libro “**Anecdotario**”. Como se verá datan de hace ya mucho tiempo, donde se ejercía otra medicina.

Nos cuenta el Académico Borrás:

Algunas referidas a lo laboral

Isola era el médico jefe en oftalmología de la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado. La mayor parte de los accidentados que concurren a las policlínicas es gente honesta que ha tenido un accidente y desea reintegrarse a su trabajo en las mejores condiciones y lo antes posible. Pero luego no faltan, y no son pocos, los ejemplares de nuestra clásica viveza criolla, que se resisten a volver al trabajo como si se tratara de volver a una hoguera o que intentan conseguir compensaciones indebidas. Veíamos con Isola un enfermo internado. Estábamos en presencia, sin lugar a dudas, de uno de esos casos.

Por las pruebas que habíamos realizado, era evidente que el paciente nos mentía cuando nos decía que había perdido completamente la visión de uno de sus ojos. Cuando existe la sospecha, es posible a través de la realización de una serie de estudios, llegar a la conclusión que se está frente a una simulación y hacer el rechazo correspondiente de la pretensión de indemnización. Es un trámite posible pero algo engorroso.

Ante la insistencia del paciente de la pérdida total de visión de su ojo, Isola, en un aparte, me dice lo suficientemente alto para que el enfermo oyera: “Mirá, este hombre parece tener razón. Es un ojo que ha perdido totalmente la visión. El peligro es que puede contagiar al otro, de modo que vamos a sacarle de urgencia el ojo malo, prepará ya la sala de operaciones y de ese modo resolvemos el problema y le evitamos el riesgo de ceguera total. De cualquier forma, con un ojo solo puede llevar una vida medianamente aceptable.”. La operación no llegó a realizarse porque el enfermo nos interrumpió: “¡No, Doctor, espere un poco, porque estoy recobrando la visión!”

El Dr. García Médici era un hombre muy justo y muy amigo de cosas derechas. Era también médico del Banco de Seguros del Estado. Cuando estaba seguro que enfrentaba a uno de esos ejemplares, García Médici tenía un método casi infalible: los internaba con prohibición de visitas y radio, reposo absoluto en cama con ambos ojos vendados y régimen de verduritas hervidas sin sal. Era raro que el pseudo-enfermo no mejorara en 24 hs.

Simulación en el Niño

Morquio fue el creador de la Pediatría en Uruguay y una figura mundial en su especialidad. Figura en todos los tratados de Pediatría la Enfermedad de Morquio por él descrita, dentro del grupo de unos pocos frecuentes trastornos del metabolismo, las mucopolisacaridosis, que he debido estudiar porque algunas de ellas presentan síntomas oculares. Su cara angulosa y sus grandes bigotes le daban un aspecto algo imponente, que supongo amedrentaría a sus pequeños pacientes.

Falleció en 1935 y no llegué a conocerlo como Profesor. Su trayectoria fue prolongada y mi padre, que sí fue su alumno, me contaba un diagnóstico muy espectacular realizado durante una de sus clases. Se trataba de una niña de entre siete y ocho años que presentaba una parálisis. Morquio, había llegado a la conclusión de que no era tal y que se trataba de un caso de histerismo, que se da con cierta frecuencia en niños.

Colocó a su pequeña paciente boca abajo en la camilla, se aproximó a ella con el aspecto casi amenazador que tenía, levantó su brazo y descargó una fortísima palmada sobre la cola. El resultado es que la presunta parálitica salió corriendo despavorida probablemente pensando: *este viejo me mata*. Desde luego que el diagnóstico quedó confirmado. Los síntomas llamados funcionales son frecuentes en el niño.

En mi práctica, entre las preguntas obligatorias cuando me traían un niño que se quejaba de ver mal, era si no había aparecido en el hogar un nuevo hermanito en el que se estuviera centrando la atención de los padres. La queja puede ser el modo de reconquistar la atención perdida, pero para hacer el diagnóstico de funcional es necesario haber agotado todas las otras posibilidades, pues no hay error mayor que considerar funcional un cuadro orgánico.

Una curiosa causa de disimulación

No siempre las cirugías tienen el resultado esperado. Los fracasos están siempre al acecho en toda cirugía, y en nuestra especialidad la del desprendimiento de retina es la que más dolores de cabeza nos da. Desde luego que cuando el caso es difícil, se conversa mucho con el paciente sobre los diversos problemas que pueden sobrevenir.

Es curioso, pero aún en el fracaso y en la necesidad de reintervenir se forma un verdadero equipo médico/paciente en el que el médico valora la comprensión y colaboración del enfermo, y el enfermo valora el esfuerzo del médico para solucionarle en lo posible su problema. La relación aún en el fracaso, tiene su parte hermosa.

Había operado y reoperado mas de una vez en desprendimiento de retina, pero desgraciadamente el desprendimiento se mantenía y la reoperación fracasaba. Sin embargo, ante mi sorpresa, en alguna ocasión las pruebas de visión no eran tan malas. Desconfiando, le hice pruebas de simulación y constaté con pena que mis sospechas eran fundadas. En efecto, el enfermo casi no veía, a pesar de sus respuestas, que en oportunidades lograba que fueran aceptables.

Le hice notar, y mi enfermo me dio una respuesta que me emocionó: Sí, Doctor, tiene razón, veo menos de lo que digo y a veces trato de adivinar, pero frente al esfuerzo que usted está haciendo por mejorarme, me da dolor que mi ojo no le responda”.

Referencias Bibliográficas

ALBERT-WEIL, J.: “Simulations Médicales”. G.Doin&Cie. Ed. Paris. France. 1962.

ARSUAGA SOTO, J.: “Simulación” en: Puppo, H. y cols.: Psiquiatría Forense. Ed. Librería Médica Editorial. Mvdeo. Uruguay. 1982.

BONNET, E. F. P.: “Medicina Legal” Ed. López librereros. 2ª.ed. Bs. As. 1980.

BORDA, J. T.: “Sobre la disimulación en la locura”. Rev. de Crim., Psiq. y Med. Legal (Bs. As.): 302-308. 1932.

BORRÁS, A.: “Anecdotario”. Artemisa ediciones, Montevideo-Uruguay, 2006.

GISBERT CALABUIG, J.A.: “Medicina Legal y Toxicología”. Ed. Masson. 6ª ed. Barcelona. España. 2005.

INGENIEROS, J.: “Locura. Simulación. Criminalidad”. Arch. de Psiq. Crim. y Ciencias afines. (Bs.As.): 3-26, 1908.

LOUDET, O.: “Sobresimulación De la locura en un alienado delincuente” Rev. de Crim., Psiq. y Med. Legal (Bs. As.): 3-12. 1930.

POROT, A.: (citado por Bonnet)

RUIZ MAYA, M.: “Psiquiatría penal y civil”. Ed. Plus Ultra. Madrid, 1931.

SIMONIN, C.: “Medicina Legal Judicial”. Ed. Jims. Barcelona. España. 1980.

VALLEJO NÁJERA, A.: “La Enfermedad Simulada”. Salvat Ed. España. 1951.