

LA SIMULACIÓN EN MEDICINA LEGAL: UNA RELACIÓN DE CASOS

MALINGERING IN LEGAL MEDICINE: A LIST OF CASES

Adam A
Verdú F

Unidad Docente de Medicina Legal
Universitat de València. España

Correspondencia: Aurora.Adam@uv.es

Resumen: La simulación de las enfermedades y lesiones traumáticas es un hecho muy frecuente y difícil de diagnosticar y combatir. Los sujetos que la practican son cada vez más expertos en el arte de tratar de conseguir beneficios o eludir responsabilidades alegando padecer determinadas patologías o escondiendo que realmente las padecen. La medicina forense es una de las especialidades médicas que más frecuentemente se encuentran con este problema. El presente artículo trata de realizar una revisión del tema, aportando ejemplos de la práctica médico-legal.

Palabras clave: medicina legal, simulación, disimulación.

Abstract: Diseases and traumatic injuries simulation is a very common fact, which also results difficult of diagnosing and fighting. Subjects who practise it are increasingly skilled in trying to achieve advantages or avoiding responsibilities when they claim suffering certain pathologies, as well as when hiding real diseases. Forensic medicine is one of medical specialities which suffer this problem more frequently. This article tries to make a review of this topic, giving some examples of legal and medical practise.

Key words: legal medicine, malingering, simulation, dissimulation

INTRODUCCIÓN

Decía Víctor Ruiz Iriarte, dramaturgo español, que el “delito de los que nos engañan no está en el engaño, sino en que ya no nos dejan soñar que no nos engañarán nunca”.

Efectivamente, en la Medicina Legal es una utopía pensar que todas y cada una de las personas con las que tratamos a diario nos van a decir la verdad; suele uno darse cuenta tras sufrir el primer intento de engaño e identificarlo. La suspicacia se convierte en parte de la rutina diaria. Habitualmente sospechamos ya de inicio. Podemos preferir equivocarnos pensando que el individuo con el que tratamos, en realidad, no es un crápula que pretende sacar algún tipo de beneficio de nuestra consulta, que sentiremos estúpidos al caer en un engaño y ver perjudicado a un tercero. Sin embargo, las consecuencias, en ambos casos, pueden tener la misma gravedad.

El acto de simular es tan antiguo como la propia Humanidad. En la Historia y en la Literatura tenemos amplios ejemplos de ello, especialmente con la simulación de los trastornos mentales. José Ingenieros, en su obra *La simulación de la locura*, incluía varios de estos ejemplos (1), desde David, en su intento de huir de la ira de Saúl, a Alhazen, que llegó a Egipto alrededor del año 1000 afirmando que podría construir una máquina que evitaría las inundaciones del Nilo, pero fracasó en el intento. En ambos casos, las circunstancias les llevaron a simular locura para salvar sus vidas. Como también Hamlet, que se sirve de una supuesta enajenación para vengar la muerte de su padre, aunque en realidad sí sufriese otro trastorno mental.

El médico forense no es un investigador de la policía experto en interrogatorios, pero hoy en día es absolutamente consciente de que se enfrenta al constante engaño y la investigación del acto de la simulación es, en realidad, relativamente reciente. Es por ello necesario que conozca los motivos y las formas en las que se produce la simulación para poder identificarla, como parte de su misión en pro de la justicia.

La palabra *simulación* es la traducción del término en inglés *malingering*. Y *malingering* proviene del latín, de *malum*, “malo o maldad” (2). El profesor Gisbert Calabuig definió la simulación como “toda suerte de fraudes clínicos

motivados por la intención de alcanzar alguna finalidad beneficiosa para el simulador, que no puede conseguirse de otra manera que a expensas del engaño” (3).

En este sentido, ha habido diversos cambios en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), siendo el más significativo el que se produjo con la introducción del DSM IV y su posterior renovación a DSM IV-TR (4), que defiende la presencia de cuatro criterios, entre los que destaca que el hecho de encontrarse en un contexto médico-legal ya favorece la simulación. Otros elementos que se consideran diagnósticos son las diferencias entre la exploración objetiva y la alteración que explica la persona, la falta de cumplimiento de las prescripciones o de colaboración y la presencia de un trastorno de personalidad tipo antisocial. Los criterios propuestos por el DSM son controvertidos porque pueden aumentar los falsos positivos, pero además, no se consideran suficientes (5).

Por tanto, como elementos característicos en el sujeto simulador, pueden distinguirse una actitud en la que el individuo pretende tener algún tipo de beneficio a través de la simulación realizada, llevándose a cabo de forma consciente y voluntaria. Por tanto, el simulador debe ser una persona capaz para entender y planificar el acto, y hacerlo de acuerdo a su propia voluntad. Además, debe tener una intencionalidad clara para cometer el acto y la finalidad de engañar a quien le evalúa o le juzga. Para ello va a representar de forma plástica, mediante su expresión psicomotriz, la patología que pretende simular (6).

Aunque veamos que, en muchas ocasiones, se equipara el término *simular* al de *fingir*, así, por ejemplo, la Real Academia Española de la Lengua define la palabra *simular* como “representar algo, fingiendo o imitando lo que no es”, en la práctica clínica y médico-legal sí podemos encontrarles importantes diferencias (6). Como haría un actor, cuando finge que representa un papel, pero no pretende engañar a una tercera persona ni obtener un beneficio con ello. En la simulación, el obtener un beneficio con esta representación es una condición *sine qua non* para ser considerada como tal.

Otro concepto que es necesario introducir es la *disimulación*. No se trata exactamente de la misma entidad, pues en este caso no intenta imitar una serie de signos y síntomas de una enfermedad o trastorno, sino de ocultar una patología que sí existe, aunque con las mismas características que la simulación, la consciencia, voluntariedad e intención de obtener algún tipo de beneficio.

En España, las enfermedades con mayor tasa de simulación provienen de las patologías asociadas a dolor crónico y a trastornos de ansiedad y afectivos que pueden llegar a alcanzar, incluso superar, el 50 % de los casos (7), especialmente en aquellas con características como la cronicidad o con síntomas que pueden ser subjetivos o ser difíciles de objetivar. Lo cierto es que, en muchas patologías, la simulación está infradetectada, por lo que es difícil tener una percepción clara de la prevalencia real de este fenómeno.

Existen múltiples formas de clasificar la simulación de las enfermedades, pero una de las más sencillas y gráficas de la misma es la realizada por el profesor Gisbert Calabuig (3), en la que se pueden diferenciar seis tipos: las enfermedades provocadas, las alegadas, las imitadas, las exageradas, las imputadas y, finalmente, las disimuladas. Estas se expondrán en el siguiente apartado.

CLASIFICACIÓN DE LA SIMULACIÓN. CASOS CLÍNICOS

En el siguiente apartado, se van a ver cada uno de los tipos de simulación de enfermedades, incluida la disimulación, utilizando para ello el ejemplo de un caso obtenido de la práctica médico-legal.

1. **Enfermedad provocada.** En este caso la enfermedad existe, pero no se ha dado de la forma que indica el sujeto, sino que se la produce él mismo para conseguir algún tipo de beneficio o evadir alguna responsabilidad.

Una mujer de 19 años acude a la clínica médico-legal por haber denunciado una agresión por parte de su pareja durante el día anterior. Refiere que, durante una disputa verbal, su pareja le propinó una patada en la cara externa del muslo izquierdo. En la exploración presenta, en el lateral externo del muslo izquierdo, una equimosis de tres centímetros de diámetro, de forma redondeada y de una coloración azulada, con zonas verdosas y amarillentas. No aparecen otras lesiones o alteraciones. Refiere no haber acudido a ningún profesional médico ni presentar parte de lesiones. Se le vuelve a preguntar por el momento en el que se le produjo la lesión, pues la coloración amarillenta de la misma parece indicar que esta se produjo varios días antes, pero ella sigue refiriendo que fue el día anterior. Finalmente, decide cambiar su versión inicial de la patada, diciendo que es posible que unos días antes, también en otra pelea, tras un empujón por parte de su novio, sufriera un golpe con la esquina de una mesa. La mujer termina declarando que unos días antes habían cortado la relación y él le había pedido que se marchara del piso donde vivían juntos, propiedad de él, pero ella no tenía dónde ir y no quería volver a casa de sus padres, confesando que el golpe se lo produjo unos días antes ella misma, pero no se decidió a tratar de denunciarlo hasta unos días más tarde.

2. **Enfermedad alegada.** En este caso, simplemente se refiere padecer los síntomas. Estos no existen ni son provocados.

Una mujer de 52 años denuncia haber sufrido una agresión por parte de una vecina. En la exploración médico-legal refiere que desde el día de la misma tiene miedo de salir a la calle, que no duerme por las noches y que tiene ansiedad. Durante la entrevista es incongruente con algunos datos del momento de los hechos, no tiene alteraciones físicas ni aporta ningún parte de lesiones. Tampoco informes médicos clínicos o psiquiátricos. Refiere tomar pastillas para dormir, pero no recuerda el nombre de las mismas. En el atestado se comprueba que ella es la persona a la que se le imputan las agresiones. Niega los hechos, pero finalmente fue condenada por las mismas. Su vecina presentó equimosis periorbitaria y nasal, que acreditó, además, con un parte de lesiones del servicio de urgencias hospitalario el mismo día de la agresión.

3. **Enfermedad imitada.** En esta variedad, el sujeto actúa reproduciendo los síntomas y sus características externas, pero estos no están presentes ni existen. Es la más frecuente de las variedades de simulación.

Un hombre de 43 años acude a la clínica médico-legal por un accidente de tráfico sufrido hace seis meses. Refiere que, cuando conducía su vehículo, se encontraba parado en un ceda el paso a la entrada de una rotonda, momento en el cual recibió un fuerte golpe por detrás de otro vehículo. A los pocos días, y no el mismo día, empezó a padecer dolores cervicales, desde entonces se ha tratado con analgésicos pautados por su médico de atención primaria. No ha recibido tratamientos posteriores como rehabilitación. A la consulta acude con collarín, dice que pautado por su médico, pero en los informes de las consultas de su médico no aparece ninguna referencia al mismo. A la exploración refiere padecer dolor en toda la movilidad cervical, pero no se palpa ningún tipo de contractura. En uno de los informes médicos, fechado hace tres meses, se refiere que se le da el alta por no encontrar ningún tipo de patología.

4. **Enfermedad exagerada.** La patología existe, está presente, pero con una intensidad mucho más baja que la que dice tener el individuo, que quiere sacar un mayor beneficio de los mismos. En la práctica médico-legal es un hecho muy frecuente para conseguir informes de valoración del daño corporal más favorable y obtener mayores indemnizaciones o conseguir utilizar su enfermedad para eludir alguna responsabilidad.

Un joven de 25 años se encuentra en prisión por realizar un robo a través de un tirón de bolso, con fuga posterior. El sujeto refiere que es imposible que pudiese realizar los hechos porque tiene amputados varios dedos del pie derecho y no podría huir del lugar. Acude a la consulta cojeando ostensiblemente y apoyado en una muleta. En la exploración se comprueba que, efectivamente, tiene amputados los tres últimos dedos del pie por un accidente laboral. Refiere presentar dolor en la zona donde se produjo la amputación, del cual se queja también durante la palpación superficial. Al hacerle deambular se aprecia un cojeo que también abarca a cadera y rodilla, donde no padece ningún tipo de lesión ni aqueja ningún dolor. Para esta prueba no coge la muleta con la que acudió a la consulta. Se presenta con un calzado abierto. Al preguntarle si tiene algún zapato adaptado, refiere que tiene unas plantillas ortopédicas que utiliza en sus zapatillas deportivas. Se aprecia que el cojeo que presenta no es compatible con la capacidad de apoyo que mantiene en el pie. Por otro lado, los funcionarios de la prisión, al preguntarles, refirieron que nunca le habían visto cojear tan ostensiblemente como este día para acudir a la consulta, que tampoco le habían visto nunca que necesitase la muleta para ningún tipo de tarea; es más, ayudaba en tareas de mantenimiento en el centro penitenciario donde el apoyo y el equilibrio eran importante, como subir unas escaleras para cambiar una bombilla, que realizaba sin problemas, incluso sin el calzado adaptado.

5. **Enfermedad imputada.** Esta práctica es muy habitual para conseguir beneficios laborales. La entidad morbosa existe, no se exagera, pero se refiere un origen que no es el verdadero. Suele querer imputarse una enfermedad a un traumatismo o viceversa.

Se presenta un caso de un interno en una institución penitenciaria. El sujeto tiene 35 años. Fue internado cinco años atrás. En el momento de su evaluación refiere padecer una trombosis venosa profunda (TVP) causada a partir de policontusiones sufridas en el centro penitenciario mediante patadas, puñetazos y golpes con porras causados por los funcionarios de la prisión. Refirió no haber recibido asistencia inmediatamente, sino que fue inmovilizado durante varias horas. A los pocos días se le diagnostica TVP parcial poplítea y de vena peronea y tibial posterior de miembro inferior izquierdo, en un servicio de urgencias hospitalario. En el momento de su exploración médico-legal, tras varios meses del incidente, seguía en tratamiento de anticoagulación con Sintrom. Durante su exploración, negó tener ningún tipo de antecedente similar, haber tenido algún problema vascular ni haber recibido ningún tratamiento de anticoagulación.

Al repasar la historia clínica del sujeto, se evidencia el antecedente de TVP dos años antes, que se produjo de forma espontánea, en los mismos territorios vasculares que la presente lesión, con tratamiento de anticoagulación hasta pocos meses antes del supuesto incidente. Además, en los informes hospitalarios de urgencias, no se refiere ningún tipo de contusión o herida, únicamente los signos propios de TVP.

6. **Enfermedad disimulada.** Como se ha explicado anteriormente, y aunque parezca que la simulación y disimulación son procesos contrarios, siguen el mismo fin: conseguir algún tipo de beneficio de forma fraudulenta, en este caso escondiendo la existencia de una alteración.

Un joven de 25 años es detenido por una reyerta en un bar un viernes por la noche. Se comprueba que tiene en su poder cocaína y heroína, y es enviado a prisión. Es su primera detención. Se le condena por posesión de estupefacientes y por agresión. Tras un tiempo internado, empieza a tener permisos penitenciarios y su abogado pide la aplicación del artículo 87 del Código Penal, para que se le conceda la suspensión de la pena por estar sometándose a tratamiento de deshabituación. Acude a la clínica médico-forense para su exploración. Refiere que no prueba ningún estupefaciente desde su entrada en prisión. Antes de esta estuvo en tratamiento en dos ocasiones, tres y un año antes de los hechos, en dos Unidades de Conductas Adictivas

(UCA), dejando los tratamientos en sendas ocasiones, según cuenta, por problemas personales. Pero en esta ocasión, desde que está recibiendo los permisos, está volviendo a acudir a una UCA, y para acreditarlo aporta documentación de su ingreso, ha retomado la relación con su expareja y no piensa volver a recaer. Dice que dejó las drogas en prisión hace ya un año y que fue muy complicado y quiere arreglar su vida. Además, tiene un hijo de tres años, del que quiere hacerse cargo. En la exploración no se advierten signos o síntomas de abstinencia. Se le toma una muestra de cabello para su análisis toxicológico. Este arroja como resultados la positividad en cocaína en toda la extensión de la muestra, correspondiente a los seis meses anteriores a la extracción de la misma.

DESCUBRIR AL SIMULADOR

La simulación es un fenómeno que trasciende al tiempo y los cambios en la cultura y en el contexto donde se desarrolla. Evolucionan a nuevas formas, pues siempre habrá personas que intentarán eludir una responsabilidad o sacar provecho de una situación. Sin embargo, parece no sufrir la misma evolución su forma de detección y de manejo, ya que seguimos empeñados en basar su descubrimiento en la labor detectivesca del médico.

Es cierto que la experiencia es un grado, que se hace mucho más fácil su detección con el paso del tiempo, especialmente en la práctica médico-legal, aunque también lo es que sería preciso poder tener mejores herramientas para afrontarla y disminuir la posibilidad de errores en su detección.

Existen diversas pruebas que han sido formuladas, como explorar el conocimiento de la enfermedad por parte del presunto simulador (8), determinar el tipo de ganancia que está buscando (9) o tratar de establecer una relación de apoyo con el sujeto o paciente para conocer sus motivaciones (10), entre muchas otras, pero todas estas pruebas no han sido llevadas a su validación práctica. Sigue sin investigarse sobre el terreno si pueden ayudar a la detección de esta simulación (11).

En casos concretos, puede realizarse una serie de pruebas funcionales para tratar de detectar el defecto que refiere el sujeto, de forma que descartar las alteraciones funcionales propias de la patología ayudará a detectar la simulación o a descartar problemas psicopatológicos como las reacciones de conversión, donde el sujeto cree padecer la enfermedad, incluso manifiesta alguno de sus síntomas.

Por ejemplo, en el caso de la Oftalmología, donde la visión tubular es uno de los defectos más simulados, pueden utilizarse potenciales evocados visuales, electronistagmografías, pruebas retinianas y de agudeza visual, fondo de ojo, angiografías, etc., que tienen un importante coste y con riesgo para el propio simulador, aunque hay otras pruebas más sencillas, como detección del campo visual y la prueba de Goldmann, que detectan muchos casos, aunque la experiencia del oftalmólogo sea el elemento más determinante (12).

Otra de las simulaciones más frecuentes es la del dolor crónico y síntomas relacionados con el mismo, como los mareos o la sensación de fatiga y pérdida de fuerza. Para todos ellos existen diferentes pruebas que pueden llevar al diagnóstico de un trastorno o descartar su existencia, como los test isocinéticos que valoran la fuerza, los signos de Waddel (la presencia de dolor únicamente con la palpación superficial, simulación positiva a la sobrecarga axial y rotación, test distractorio positivo, incongruencia de las manifestaciones con la distribución neurológica e hiperreacciones a baja estimulación)(13), hasta pruebas de imagen como la resonancia magnética.

Existen escalas de detección, como Structured Interview of Reported Symptoms-2 (SIRS-2), que mejora en especificidad a su versión anterior (14) y que evalúa la forma de simular y la manera en que es probable que se produzca, por ejemplo, la exageración de gravedad de los síntomas en comparación con la producción de la sintomatología (15). También la detección a través de los resultados de autoinformes y mediante la realización de inventarios de

personalidad y su evaluación mediante diferentes escalas, pero estos exámenes conllevan mucho tiempo y recursos, además de una formación específica de los profesionales, por lo que su aplicación es complicada (16).

Es evidente, por tanto, la cantidad de recursos que pueden llegar a consumirse en la detección de un experto simulador. En este campo, la investigación y la realización de nuevos instrumentos de detección son necesarias. El avance en estos recursos es imprescindible para tener una idea más certera en las tasas reales de simulación y para poder combatirla.

CONCLUSIONES

En el contexto médico-legal, se hace cada día más importante la exploración correcta de la sintomatología presente para la identificación del sujeto simulador, pues en nuestra disciplina, que los individuos traten de obtener beneficios o eludir responsabilidades es algo con lo que nos encontramos a diario.

Las herramientas que tenemos a nuestro alcance no son numerosas, se encuentran todavía en fases de evaluación y son de difícil aplicación en la práctica clínica.

Esto hace que la pericia del médico, su experiencia y capacidad de observación siga siendo la herramienta de la detección de la simulación más utilizada y, aunque en algunos casos dicha experiencia y capacidad de observación sean de gran utilidad, en muchos otros la subjetividad de la sintomatología, la capacidad simuladora del propio sujeto y la carencia de tiempo y de recursos hacen realmente complicada esta tarea. En estos casos, la utilización de herramientas de evaluación específicas puede ser de gran utilidad.

A nivel internacional, cada vez son más frecuentes las publicaciones al respecto y las estrategias que se están evaluando para no dejar todo en manos del ojo clínico del observador. Pero en España estas investigaciones son muy escasas. Apenas ha habido estudios para valorar esta materia, teniendo en cuenta, además, la prevalencia que se le intuye y su elevadísimo coste. Por ello, la mejora en la investigación, la formación de los profesionales en las herramientas de evaluación de la simulación y su aplicación médico-legal se intuye trascendental en pro de la principal tarea del perito, el auxilio de la Justicia.

REFERENCIAS

1. INGENIEROS J. La simulación de la locura (1903). Talleres Gráficos Argentinos. Buenos Aires. 1918.
2. ACEVEDO M.M. Fundamentos Filosóficos y Desarrollo Histórico del Concepto Simulación (Malingering). Revista Puertorriqueña de Psicología. 1998; 11: 167-195.
3. GISBERT CALABUIG JA, Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. Elsevier Masson. Barcelona. 2004.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona. 2002.
5. ROGERS, R. Development of a new classificatory model of malingering. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 1990; 18: 323-333.
6. BRUNO A.H., CABELLO J. Simulación en Psiquiatría Forense. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; 2: 81-93.
7. SANTAMARÍA P, CAPILLA P, GONZÁLEZ H. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. Clínica y Salud. 2013; 24(3): 139-151.
8. RESNICK P., KNOLL J. Faking it: How to detect malingered psychosis. Journal of Family Practice. 2005; 4(11): 1-8.
9. WAITE S., GEDDES A. Malingered psychosis leading to involuntary psychiatric hospitalization. Australasian Psychiatry. 2006; 14(4): 419-421.
10. GARRIGA M. Malingering in the clinical setting. Psychiatric Times. 2007; 24(3): 1-4.

11. MASON A, CARDELL R, ARMSTRONG M. Malingering Psychosis: Guidelines for Assessment and Management. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2014; 50: 51-57.
12. IHSAN A. Tests for malingering in ophthalmology. *International Journal of Ophthalmology*. 2013; 6(5): 708-717.
13. WADDEL, G., McCULLOGH, J.A., KUMMEL, E, VENNER, R.M. Nonorganic physical sign in low back pain. *Spine*. 1980; 5: 117.
14. GREEN D, ROSENFELD B, BELFI B. New and improved? A comparison of the original and revised versions of the structured interview of reported symptoms. *Assessment*. 2013; 20: 210-218.
15. ROGERS R, SEWELL KW, GILLARD ND. Structured Interview of Reported Symptoms-2 (SIRS-2) and Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 2010. 76-77.
16. GONZÁLEZ H, CAPILLA P, MATALOBOS B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*. 2008; 19(3): 393-415.