

# Detección de la Simulación de Enfermedad Mental Dentro del Ámbito Penitenciario Mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES)

## Matías Salvador Bertone

Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica Unidad 20 Servicio Penitenciario Federal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Neurociencia Forense de la Escuela Argentina de Neurociencia Cognitiva (EANC). Buenos Aires, Argentina.

## María Esther Ortiz Lugo, Edgardo Márquez, Jessica Muniello

Unidad 20 Servicio Penitenciario Federal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires, Argentina.

## Pablo Luis López

INECO. Coordinador de la Carrera de Psicología de la Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Matías Salvador Bertone. Altolaquirre 2151 6to A, C.P 1431. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono: 011 54 4521 2808. Correo electrónico: [msbertone@rhcognitivo.com.ar](mailto:msbertone@rhcognitivo.com.ar)

## Resumen

*Introducción.* La simulación de enfermedad mental ha sido un recurso utilizado por los imputados en causas penales con el fin de obtener beneficios ligados a la exención de la pena por un delito cometido, elección del lugar de alojamiento, trato o tratamiento recibido durante la reclusión. *Objetivo.* El presente trabajo intenta desarrollar un instrumento objetivo de evaluación que permita discriminar a los simuladores de enfermedad mental de los pacientes psiquiátricos dentro del ámbito penal. *Pacientes y método.* Se evaluaron 92 derivaciones a la Unidad Psiquiátrica de Varones U.20 del Servicio Penitenciario Federal. Las evaluaciones se realizaron en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) por psiquiatras, neuropsicólogos y trabajadores sociales. Se utilizaron criterios estandarizados de detección de Simulación, pruebas de diagnóstico clínico (MINI) y el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES). *Resultados.* El PES presentó, utilizando como punto de corte 17,5 puntos, un grado de sensibilidad de 92% y de especificidad de 95%. Los resultados obtenidos no han sido influenciados por el nivel educativo, diagnóstico o causa penal del evaluado, tampoco por la edad o los antecedentes tóxicos del mismo. El protocolo no ha discriminado el resultado de simuladores vs. retrasos mentales moderados/grave. *Conclusiones.* El PES resulta una herramienta útil para el diagnóstico clínico de simulación dentro del ámbito penal. La correcta diferenciación de patologías psiquiátricas u otros problemas que requieran de atención (problemas institucionales, familiares, legales) resulta en un beneficio para el paciente psiquiátrico prisionizado y el cuidado del espacio de tratamiento para los mismos.

*Palabras clave:* Simulación, protocolo de evaluación, ámbito penal.

*Key words:* Malingering, assessment protocol, criminal matters.

## **Malingering Mental Illness Detection within Penitentiary Environment through Simulation Assessment Protocol (PES)**

### **Summary**

*Introduction.* Mental illness simulation has been a resource used by the accused in criminal proceedings in order to obtain benefits related to the exemption from punishment for a crime committed, choice of place of detention, treat or treatment received in custody. *Objective.* This paper attempts to develop an objective mean of evaluation to discriminate mental illness simulators from psychiatric patients in the criminal field. *Patients and methods.* We evaluated 92 referrals to the U.20 Men Psychiatric Unit of the Federal Penitentiary Service. Evaluations were carried out in the Observation Room and Psychiatric Evaluation (SOEP) by psychiatrists, neuropsychologists and social workers. Standard criteria were used to detect simulation, clinical diagnostic tests (MINI) and the Assessment Protocol Simulation (PES). *Results.* The PES showed, using as a cutoff level of 17.5 points, a 92% sensitivity and specificity of 95%. The results have not been influenced by educational level, diagnosis or cause of the assessed penalty, neither by age or toxic background. The protocol has not discriminated the simulation results vs. moderate mental retardation / severe. *Conclusions.* The PES is a useful tool for clinical diagnosis within the scope of criminal simulation. The correct differentiation of psychiatric disorders or other problems that require care (institutional, family, legal) results in a benefit to the patient psychiatric care.

### **Introducción**

Según el diccionario de la lengua española, se define simulación como: "Fingimiento, presentación de algo como real" Una definición más específica de simulación de locura en palabras de José Ingenieros diría que: "el delincuente como todos los individuos que viven en una sociedad, está sometido al principio de la lucha por la vida, pudiendo recurrir a innumerables formas de simulación, útiles en la lucha, cuando circunstancias especiales lo hagan conveniente" (Ingenieros, 1956, p.49). Para el DSM IV significa La producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos, como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas" (DSM IV, 1995).

La simulación de enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario es un recurso utilizado por quien es juzgado, con el fin de evitar el castigo consecuente de un delito penal. El Código Penal Argentino, explicita en su artículo número. 34, que quien no sea capaz de comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones al momento del hecho, queda exento de la pena que correspondería para tal (inimputabilidad). De ahí el interés manifiesto por aparentar padecer una enfermedad mental inexistente que exima de responsabilidad al autor del hecho.

Otra causa que pudiera motivar la simulación de enfermedad mental dentro

del ámbito penitenciario, puede originarse en el interés por obtener un cambio de alojamiento y conseguir un régimen de alojamiento más benigno.

Los enfermos mentales presos en la Argentina son tratados en unidades específicas del Servicio Penitenciario Federal (SPF). Dichas unidades psiquiátricas penitenciarias con las que cuentan en general los distintos servicios penitenciarios del país, otorgan un trato diferencial, al que recibe el interno en unidades de régimen común. Esta especialización en el trato y los tratamientos psiquiátricos, psicológicos y sociales que allí se brindan, generan un interés especial en sujetos detenidos que pueden optar por simular padecer algún tipo de trastorno mental con el fin de obtener alojamiento fuera de las unidades de régimen común y un mejor trato consiguiente a su cambio de destino.

Pueden también aparecer pero en menor medida otras causas que motiven a la simulación como son, cercanía familiar a la unidad psiquiátrica, problemas de convivencia en la unidad de origen, problemas con el servicio de seguridad en la unidad de origen, etc.

Existen diversas formas de presentar síntomas psiquiátricos que ameriten el alojamiento en unidades psiquiátricas penitenciarias, desde el fingimiento total de los mismos, hasta la exageración de trastornos existentes. Para comprender las diferentes modalidades se ha realizado una clasificación de las diversas presentaciones de los simuladores. (Bruno & Cabello, 2002)

· Disimulación

El evaluado oculta la patología con el fin de recibir un beneficio por ello, por ejemplo obtener el alta médica que le permita

obtener un permiso de salida y la externación.

· Parasimulación

El evaluado representa un evento mórbido, pero distinto al que padece, puede ocurrir cuando crea que su propia patología no amerita la internación o cuando no presenta conciencia de su propia enfermedad.

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

· Sobresimulación

El evaluado exagera o sobredimensiona un evento mórbido real que esté padeciendo con el fin de obtener algún beneficio de tal condición.

· Metasimulación

Se caracteriza por la actitud psíquica voluntaria e intencional de sostener en el tiempo la sintomatología del cuadro psiquiátrico ya desaparecido. Se observa con mayor frecuencia en el Fuero Civil cuando debe determinarse el porcentaje de incapacidad.

· Presimulación

Consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de poder liberarse de la responsabilidad legal que en tal sentido le cabe. Si bien no es frecuente se puede llegar a advertirse en causas penales. La detección de la situación de simulación involucra un abordaje interdisciplinario que involucra aspectos neuropsicológicos, psicológicos, psiquiátricos y socioculturales del individuo. Dicho abordaje es, por lo tanto, complejo.

La posibilidad brindada por el lugar de trabajo y la población derivada a la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica de la Unidad Nro. 20 del SPF generó un escenario inmejorable para protocolizar en

nuestro medio la evaluación de la simulación.

Se han publicado diversas propuestas para abordar la problemática, pero la validación y la administración de pruebas de simulación fueron realizadas en sujetos voluntarios instruidos para simular y no en casos reales.

Estos estudios fueron hechos fundamentalmente para el ámbito laboral y post trauma, por eso se evalúa mucho la simulación de la pérdida de la memoria, que es lo que parece más fácil de simular y por lo tanto constituye el trastorno más frecuentemente referido. (Ramírez, Chirivella-Garrido, Caballero, Ferri-Campos, Noé-Sebastián. 2004)

En la actualidad existen diversos criterios clínicos que orientan al evaluador en el diagnóstico de simulación, pero no se ha desarrollado hasta el momento un instrumento de estas características, que permita valorar a todos los pacientes de forma objetiva, sin que la experiencia, formación y orientación teórica del evaluador sea determinante en la precisión del diagnóstico.

#### Antecedentes

Se han utilizado pruebas de inteligencia y memoria para la detección de simuladores como el TOMM (test of memory malingering). Esta es una de las pruebas de detección de simulación desarrolladas hasta el momento y ha demostrado ser útil en la determinación de esa condición, aunque la mayoría de los trabajos en los que se ha utilizado incluye en su muestra a sujetos con traumatismos de cráneo, por lo que la simulación de problemas de memoria resulta más evidente que en casos penales donde la patología simulada no

necesariamente debe ser una neurológica. (Tombaugh, 1997)

Otras investigaciones, también orientadas a la detección de simulación en el ámbito forense utilizan a la memoria como forma de desenmascarar el engaño. La evaluación de esta función tiene la ventaja de poder dejar de manifiesto la manipulación de las respuestas cuando estas no coincidan con el perfil de deterioro que se presume en relación a la patología que se presenta. La memoria de reconocimiento utilizando diversos facilitadores para la evocación rara vez se ve alterada, es por ello que una cantidad significativa de pruebas de detección de simulación tienden a valorar ese dominio. También cabe resaltar que estas pruebas, tienden a tener mayor efectividad cuando la simulación se refiere a secuelas de episodios neurológicos (como traumatismos) que a patología psiquiátrica. (García-Domingo, Negredo-López, & Fernández-Guinea, 2004)

Por otro lado se han utilizado pruebas neurocognitivas tradicionales aplicadas a la detección de simulación con resultados de interés. El test de Stroop por ejemplo es uno de los casos. En el desempeño habitual de un sujeto en esta prueba, se puede observar lo que se llamó "efecto Stroop", esto significa que independientemente del desempeño general del sujeto en la prueba, existe una tendencia a que el desempeño del mismo vaya decreciendo a medida que suceden las plantillas de estímulos (palabra - color - palabra/color). Sujetos simuladores puntúan realizando de forma más lenta la prueba pero alterando la tendencia habitual de desempeño que se observa en sujetos normales o lesionados orgánicos. (Osimani, Alon, Berger, Abarbanel. 1997).

Otros autores plantean la necesidad de valorar indicadores generales que denoten falta de consistencia interna en el rendimiento del individuo evaluado, la inclusión de pruebas específicas para detectar posibles casos de simulación y perfiles de respuesta que caracterizan a posibles simuladores en pruebas de evaluación neuropsicológica como los indicios a seguir a la hora de realizar el diagnóstico de simulación (Muñoz-Céspedes, Paúl-Lapedriza, 2001). La eficacia de las pruebas específicas de simulación impactará entonces de manera directa en la precisión del diagnóstico final.

El uso del test MMPI II (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) para la detección de simulación ha sido ampliamente desarrollado y con resultados positivos, aún en el diagnóstico de simulación de síntomas neurocognitivos (Larrabee, 2003) pero la aplicación del mismo, en el contexto penal, o particularmente en el ámbito penitenciario resulta complejo por varios motivos. En primer lugar la extensión del cuestionario hace que su aplicación sea dificultosa cuando no existe el ambiente correcto. Por otro lado, las condiciones objetivas a nivel cognitivo en las que se encuentra una persona privada de su libertad y en particular en sus primeros momentos, puede resultar incompatible con la realización exitosa de una prueba tan extensa. Finalmente, el antecedente de consumo de sustancias en la mayoría de los sujetos involucrados en delitos penales y la baja instrucción también atentan contra la capacidad atencional necesaria para completar el cuestionario.

Al plantearse sobre las pautas a seguir sobre el desarrollo de la Neuropsicología Forense aparecen algunas cuestiones a

considerar como son: la inteligencia premórbida y la actual, la brevedad de las pruebas, la sensibilidad y especificidad, el valor ecológico, la cantidad de dominios que evalúa y el valor predictivo (Verdejo, Alcázar-Córcoles, Gómez-Jarabo, Pérez-García. 2004) en nuestro caso particular el desarrollo del PES ha intentado considerar esas cuestiones a la hora de su confección, se trata de una serie de pruebas cortas, no influidas por el nivel de educación, con un alto grado de sensibilidad y especificidad.

### **Objetivos de la investigación**

#### *Objetivo General*

El objetivo general de la investigación es validar un protocolo de evaluación de simulación, que permita diferenciar oportunamente, pacientes con padecimiento mental real, de sujetos que fingen sintomatología psiquiátrica o neurológica con el fin de evadir un castigo penal.

#### *Objetivos Específicos*

- 1) Describir el tipo de alteraciones psiquiátricas con los que se presentaron a admisión en la Unidad 20 durante el primer semestre del año 2011
- 2) Estudiar las características sociodemográficas de estos internos/pacientes y antecedentes penales o psiquiátricos.
- 3) Identificar las posibles causas por las cuales los pacientes se presentan simulando una enfermedad mental.

#### *Justificación*

La detección oportuna del simulador mediante un protocolo de evaluación sensible y específico en el ámbito penal contribuirá no sólo a colaborar eficazmente en el proceso de enjuiciamiento del individuo si no también a poblar

adecuadamente la unidad penal psiquiátrica, con pacientes que verdaderamente requieran atención psiquiátrica permanente. De ésta manera los beneficiarios finales del proceso serán los pacientes psiquiátricos que serán tratados adecuadamente a sus necesidades de salud y enjuiciados convenientemente.

La existencia de un instrumento válido para estos casos ayuda a contribuir al criterio clínico en situaciones de sospecha de simulación de enfermedad mental.

El desarrollo de un instrumento de evaluación objetivo permite reducir los errores de diagnóstico y discriminar las alteraciones mentales reales de las simuladas o sobresimuladas.

La implementación de este tipo de instrumentos de evaluación permite enfocar los esfuerzos de tratamiento en la problemática real que trae en paciente-interno, sean problemas familiares, sociales, institucionales, etc. y evitar incluir dentro de un dispositivo de tratamiento psiquiátrico a población que no lo requiera, haciendo uso eficiente de los recursos de las unidades psiquiátricas de tratamiento y resguardando a la población más vulnerable con patología psiquiátrica real.

Lo novedoso del presente estudio radica en que se ha podido acceder a una muestra real de sujetos simuladores dentro del ámbito penitenciario. Este dato resulta de valor a la hora de comparar los resultados con los de otros estudios en los cuales se realiza la administración de pruebas de simulación, pero en sujetos voluntarios instruidos para simular. El valor ambiental y contextual de poder realizar este estudio dentro del ámbito penitenciario, y específicamente en situación de evaluación dentro de una unidad psiquiátrica

penitenciaria federal, imprime un valor especial a los resultados

### **Pacientes y métodos**

El estudio se realizó durante el año 2011, en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) de la unidad 20 el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal), que se encontraba ubicado en el predio del Hospital J. T. Borda de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

La unidad contaba con una capacidad para alojar a 107 internos pacientes, que son distribuidos en 3 salas, con base a criterios tanto psiquiátricos como de seguridad utilizados por personal del SPF.

Los pacientes fueron todos sujetos varones derivados al SOEP que se encontraban procesados o condenados por una causa penal.

El SOEP contaba con criterios de admisión a la unidad y funcionaba como un sector de evaluación e ingreso a la misma. (Ohman, Alberio, Bertone, Márquez. 2011).

Los criterios de inclusión de los pacientes se enumeran a continuación:

- 1) Deben ser ingresados todos los pacientes con Episodios Psicóticos Agudos y Subagudos de cualquier etiología, debiéndose realizar su evaluación inmediata en la sala ante citada y por el procedimiento ante dicho (diagnósticos del DSM IV o CIE X u otro procedimiento de tabulación).
- 2) Paciente con Elevado Riesgo de Suicidio. No bastaba para la derivación al SOEP la sola presencia de ideas de muerte o autoagresiones leves, sino que se debía consignar un riesgo cierto de suicidio.

3) Cuadros de Excitación Psicomotriz de tipo maniaco, maniforme, esquizofrénico o tóxico. Entre estos últimos se prestará atención a los casos de delirium con agitación, producidos por el abuso de tóxicos adrenérgicos.

Población de estudio: La investigación se

llevó a cabo con todos los ingresos al SOEP desde el mes de enero 2011 hasta julio del mismo año.

Los criterios de exclusión de pacientes fueron las enfermedades neurológicas o el ingreso habiendo sido anteriormente declarados inimputables (ya que no tendría sentido en tal caso la simulación).



Figura 1. Casos de simulación detectados.

*Descripción de la muestra*

Todos fueron hombres, mayores de 18 años hasta 67 años, con un promedio de edad de 29,93 años (29.93±8.9). Todos los sujetos evaluados estaban imputados, procesados o condenados por delitos penales. El 21,17% de los casos fue de sujetos imputados con su causa penal en

trámite. El 51,76% estaba procesado por una causa penal. El 27,05% había sido condenado por un delito penal.

· Instrucción: Un 37% no logró un nivel de primario completo. Sólo un 10% pudo completar estudios secundarios o terciarios.

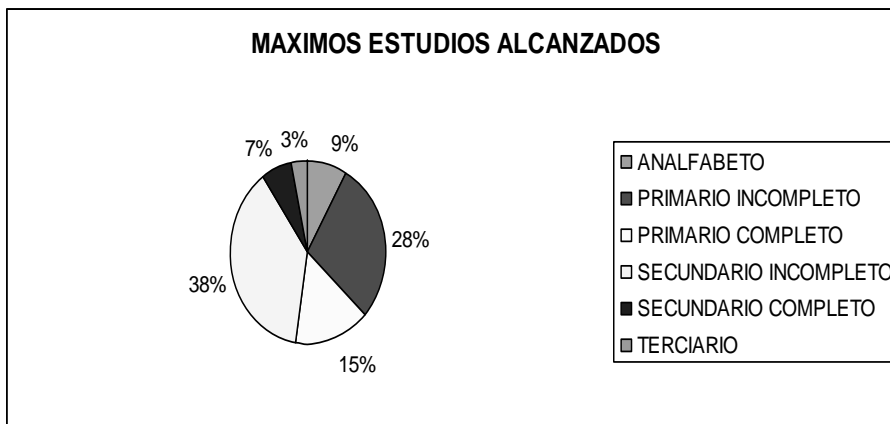


Figura 2. Nivel de estudios de la muestra.

· Carátula: el robo incluye el 69% de los casos.

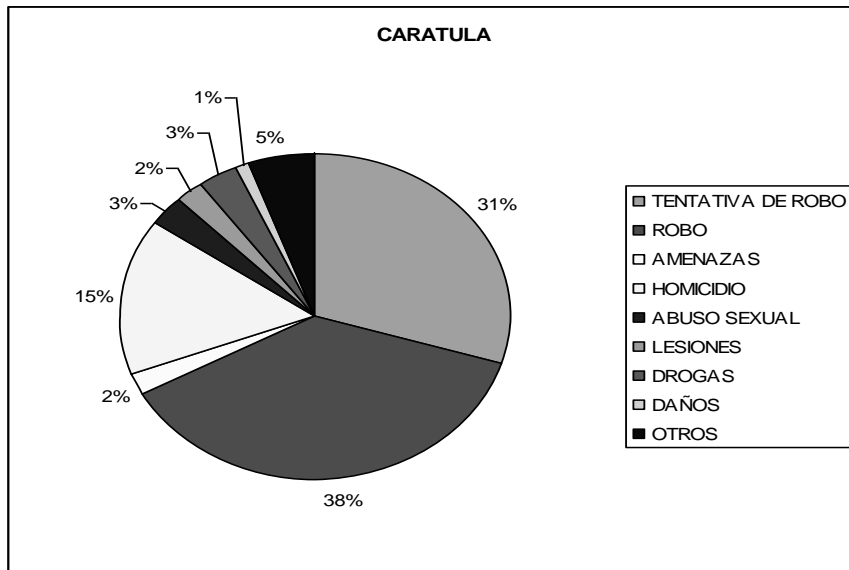


Figura 3. Carátula de la causa penal imputada.

· Diagnostico: el 63% de los pacientes presentaron un trastorno de la personalidad.

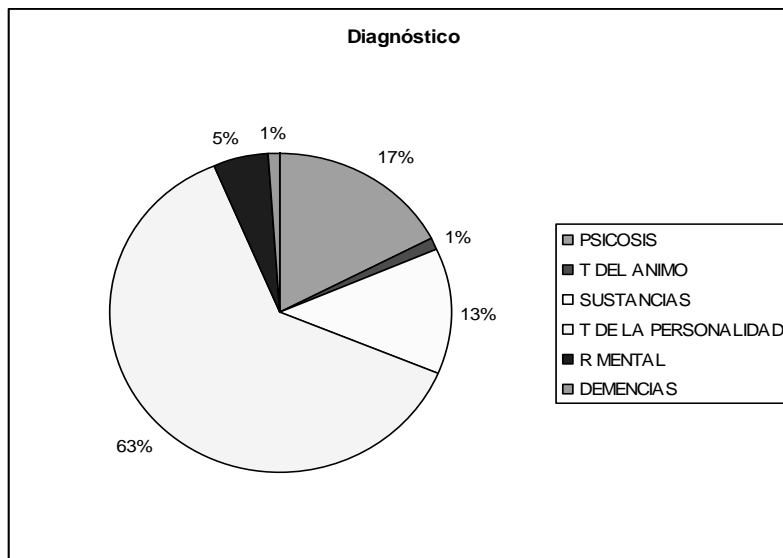


Figura 4. Diagnósticos realizados en la Sala de Observación y Evaluación



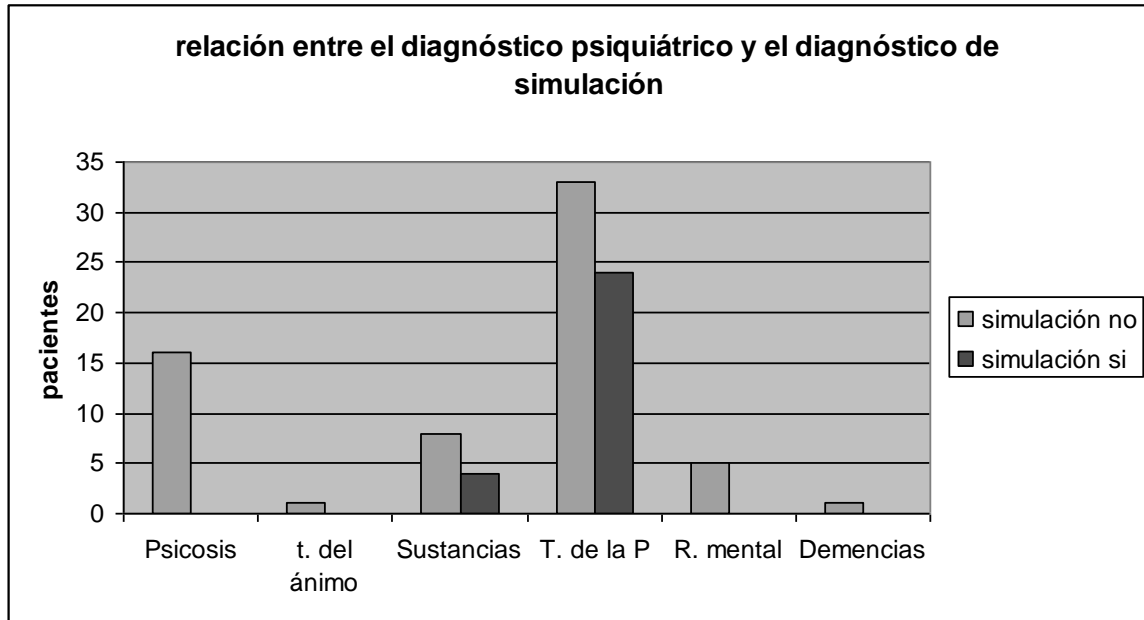


Figura 5. Relación entre simulación y diagnóstico psiquiátrico.

El 86% de los pacientes simuladores tuvo trastornos de la personalidad, el 14% restante presentó trastornos por consumo de sustancias. No existieron casos de simulación para sujetos con diagnóstico de psicosis, trastornos del ánimo, retrasos mentales o demencias.

Se analizaron las siguientes variables: Legales (situación legal), sociodemográficas (edad, estado civil y escolaridad), antecedentes psiquiátricos (antecedentes de hábitos tóxicos, antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos, antecedentes de eventos traumáticos, especificando el tipo de evento padecido), antecedentes penales y diagnóstico psiquiátrico actual, según el DSM IV.

#### Procedimiento

El equipo de evaluación de la sala de observación y evaluación psiquiátrica (SOEP) está compuesto por médicos psiquiatras, neuropsicólogo y trabajador social en todas evaluaciones. La evaluación

se realiza posterior a un primer examen llevado a cabo por un médico psiquiatra de guardia. El periodo de evaluación en SOEP puede extenderse hasta 72 hs posteriores al ingreso.

Los pacientes fueron divididos al ingreso en grupos de simuladores y no simuladores. La discriminación de los mismos se realizó mediante un conjunto de indicadores específicos y otros generales. Los específicos fueron generados por nuestro grupo de investigación respetando la particularidad de la población y el contexto de evaluación:

Indicadores específicos:

1. Diagnósticos previos realizados en la U20. (Evaluaciones anteriores en las que el sujeto fue diagnosticado como simulador)
2. Motivo de derivación. (Conductas realizadas por el paciente con el fin de concretar la derivación a la unidad psiquiátrica)

3. Diagnóstico de derivación del Cuerpo Médico Forense. (Derivaciones por sospecha de simulación, falta de colaboración en la evaluación, pedido de diagnóstico longitudinal)
  4. Diagnóstico de ingreso por guardia. (independiente de los profesionales del SOEP)
  5. Reconocimiento del propio paciente. (acontecido posterior a la evaluación)
  6. Cambios relevantes del cuadro (comportamiento, sintomatología) siguiente al cambio de alojamiento o situación legal, que haya sido referido por el equipo de profesionales tratantes.
  7. Inconsistencia de los síntomas relatados por el paciente y los observados en la evaluación. (relato de sintomatología psicótica no objetivable, signos de abstinencia no evidenciables, etc).
  8. Inconsistencia entre la causa penal imputada y el cuadro psiquiátrico presentado. (en casos donde existen delitos complejos como la asociación ilícita o el secuestro y el paciente intenta simular cuadros de disfunción graves).
  9. Inconsistencia entre el nivel de funcionamiento actual a la evaluación y el nivel de funcionamiento previo a su detención. (presencia de un deterioro funcional significativo, pero con funcionamiento previo adecuado, marcado por independencia económica, logros laborales o delictivos, capacidad de adaptación a diversos medios de vida).
  10. Datos externos (familiares, allegados, etc.) que confirmen la sospecha de diagnóstico de simulación.
  11. Observaciones comportamentales fuera del ámbito de evaluación (patio, visitas, etc.).
- Indicadores generales (Tapias, Bello, González, Vesga. 2008, Marco, Marti, Bartran. 1990. Rogers. 1997. Iruarrizaga. 1999. Stuart, Clayman. 2001. Jaffe, Sharma. 1998):
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. (DSM- IV, 1998) 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. Lo que fue llamado "elevación del número de dramatismos" (Clemente. 1995).
  3. Llamam la atención sobre su enfermedad: 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 afeitado, 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, Esbec, Pulido. 1994)

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 conducta autolesiva, ésta 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 tanto es una conducta que debe presentar constancia en el tiempo, rara vez se ve en los simuladores.
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. La inconsistencia entre las respuestas del sujeto referido a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognoscitivos y el fallo en ítems muy simples. 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".

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.
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, por lo cual hablar con el personal que tiene oportunidad de observar al preso es útil

para descubrir su comportamiento inconsistente. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: 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.
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. 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.

13. 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) mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas; y a ninguna entidad clínica en particular.
14. 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.
15. 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, Clayman. 2001).
  16. Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas: En el caso de simuladores el delito que comenten no tiene relación con la patología mental que intenta fingir. Puede intentar evidenciar un grado alto de deterioro en su presentación y estar acusado de un delito complejo.
  17. 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, ya que en la mayoría de los casos los "crímenes psicóticos" no evidencian la existencia de cómplices.
  18. 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.
  19. Historia laboral incoherente con la enfermedad: 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 apareamiento 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.

Se realizaron 92 evaluaciones en total, de las cuales se dividieron en 64 no simuladores y 28 simuladores, según los criterios mencionados con anterioridad. Fueron criterios de exclusión pacientes con enfermedades neurológicas o clínicas al momento del examen.

Se realizó posterior a la discriminación entre los dos grupos una entrevista semi-estructurada con cada uno de los participantes con el fin de recabar datos personales, autobiográficos, psiquiátricos y penales, como así también su situación procesal actual, lugar y criterio de derivación. Posteriormente se administró un test de orientación diagnóstica MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI) (Narsimha, Pinninti, Madison, Musser, Rissmiller. 2003), con el fin de clasificar el cuadro psiquiátrico que presentaba el paciente. Se administraron los tests integrantes del PES para detección de simulación con el fin de valorar su capacidad de discriminación.

Consideraciones éticas: Los estudios realizados sobre los internos/pacientes son los habituales para su diagnóstico y tratamiento. El análisis de los datos, manera de organizar y protocolizar estos estudios se hizo en forma retrospectiva y se

comparó con el criterio del equipo del SOEP para validar el screening generado.

**Protocolo de Evaluación de Simulación**

El Protocolo de Evaluación de Simulación (PES) consta de 5 sub-tests:

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

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:	Ideación suicida franca:
Alucinaciones visuales:	Hipertimia
Alucinaciones cenestésicas:	displacentera:
Ideación delirante:	Autoagresiones:
	Trastornos mnésicos:

Para la puntuación de los mismos se realiza una serie de preguntas y observaciones.

1. Ud. ha escuchado voces, risas o 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 pueden 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 de acuerdo al discurso del paciente durante toda la evaluación.
5. Tiene Ud. deseos de quitarse la vida?
6. Se valora de acuerdo a la actitud del paciente durante toda la evaluación.
7. Se consigna si la derivación fue realizada por cortes autoinflingidos, intento de ahorcamiento o cualquier otro comportamiento autolesivo.
8. Ud. tiene problemas de memoria? Se olvida habitualmente las cosas?

Se otorga un punto por cada respuesta positiva.

A continuación se entrega al paciente 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 (en cursiva)

Se otorga un punto por cada serie mal copiada.

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 paciente. 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:	IZQUIERDA:
DERECHA:	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 paciente 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.

En el 4to y anteúltimo ítem se le pide al paciente que copie la Figura Compleja de Rey. Esta se puntúa de acuerdo a la

siguiente tabla y se corrige según los criterios de BQSS (Stern, 1994).

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

Finalmente se le pide al paciente que complete una prueba de nominación de 8 ítems, extraídos del ACE (*Addenbrooke Cognitive Examination*). Se aceptan por válidas las siguientes respuestas (Imágenes del ACE extraídas de página web INECO):

JIRAFÁ	HELICOPTERO
COMETA/BARRILETE	MOLINO
CANGURO	CAMELLO/DROMEDARIO
CORONA	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.

Se utilizó además del protocolo de evaluación de simulación, la MINI para la aproximación del diagnóstico clínico y un cuestionario que recogió datos autobiográficos y criminológicos de cada participante. Posteriormente se administró el PES.

*Análisis estadístico*

La consistencia interna fue determinada por

el coeficiente alfa de Cronbach. La habilidad de este test para discriminar simuladores de sujetos que no simulan fue determinada a partir del análisis de la curva ROC (Característica Operativa del Receptor). La información demográfica fue comparada entre los grupos utilizando test T para muestras independientes. Cuando los datos fueron ordinales, se utilizaron test de Mann-Whitney U para comparar a los dos grupos. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el software SPSS 17.0.

**Resultados y validación del score**

La edad promedio fue 27 (6.53) en el grupo de simuladores y 30.58 (9.36) en el de no simuladores. Esta variable no fue significativamente diferente. Sin embargo sí se hallaron diferencias en el nivel de educación, con el grupo de los no simuladores con un mayor nivel que el de los simuladores ( $U = 499.5; p = .012$ ). La consistencia interna del test fue muy buena, (Cronbach's alpha = 0.85), y todos los sub test correlacionaron significativamente.

Tabla 1  
Matriz de correlación entre Sub-Escalas

		IN	CH	SM	RL	NO
EN	<i>r</i>	**	.688	.505	.489	.593
	<i>p</i>		<.001	<.001	<.001	<.001
CH	<i>R</i>		**	.589	.515	.646
	<i>P</i>			<.001	<.001	<.001
MS	<i>R</i>			**	.636	.674
	<i>P</i>				<.001	<.001
R	<i>R</i>				**	.577
	<i>P</i>					<.001
NO	<i>R</i>					**
	<i>P</i>					

Nota: EN = entrevista; CH = Coin in the hand; MS = Memoria seriada; R= Rey; NO = Nomination

La prueba mostró que cada uno de los sub-test administrados aporta al resultado global en forma individual. Cada prueba arroja resultados significativos en su nivel de discriminación de simuladores.

El score total fue de 7.03 (SD = 5.31) para no simuladores y 26.60 (SD = 6.25) para simuladores. La diferencia del score total entre los grupos fue significativa. Para investigar los posibles efectos confusores de los niveles de educación y diagnóstico se calculó el test ANCOVA, permaneciendo la significancia del test.

Se realizó un análisis de curva ROC de Receiver Operating Characteristic (Característica de funcionamiento del receptor) del score total entre no simuladores y simuladores y se generó un score cut off de 17 puntos con sensibilidad del 92% y especificidad del 95% (figura 1). El área bajo la curva ROC fue .99 (CI: .95;  $p < .001$ ).

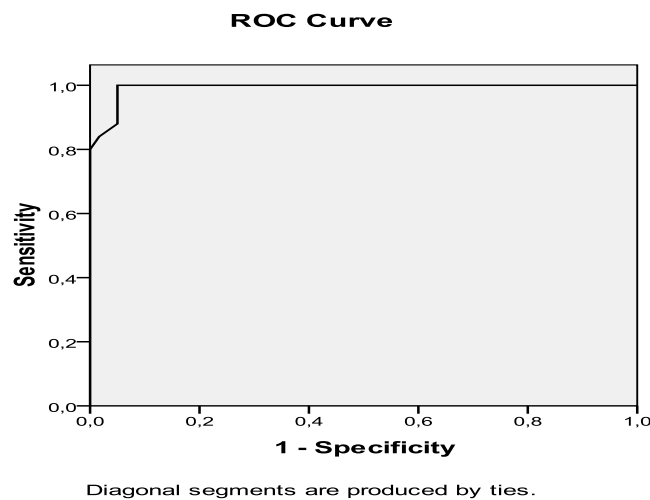
### Conclusiones

El resultado de nuestro estudio arroja datos prometedores en relación al uso de protocolos de valoración de simulación

dentro del ámbito penal. Los valores superiores para simuladores en el punto de corte obtenido con la curva de ROC, en comparación con patologías psiquiátricas se apoya en la teoría que los sujetos simuladores tienden a exagerar y sobresimular los déficits que presumen padecerían los pacientes con la enfermedad que intentan impresionar padecer. (Brandt, 1998)

Las pruebas incluidas en el PES generan la impresión en el evaluado de estar valorando funciones cognitivas relacionadas a su presunto problema mental. Los 5 sub ítems del protocolo incluyen distintos dominios, por lo que es posible discriminar de manera más sencilla déficits globales de alteraciones específicas.

Una ventaja fundamental radica en la facilidad de administración y la brevedad de la misma, siendo este factor de capital importancia en la evaluación dentro del ámbito forense, ya que en ocasiones (generalmente en casos de evaluación en sedes penitenciarias más que judiciales) los evaluadores no cuentan con demasiado tiempo ni comodidades para completar el examen.





**Coordenadas de la Curva**

Resultado total de las variables

Positivo si es mayor o igual a:	Sensibilidad	Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	1,000	,933
1,50	1,000	,783
2,50	1,000	,733
3,50	1,000	,700
4,50	1,000	,667
5,50	1,000	,567
6,50	1,000	,467
7,50	1,000	,383
9,00	1,000	,317
10,50	1,000	,300
11,50	1,000	,267
12,50	1,000	,200
13,50	1,000	,133
15,50	1,000	,050
17,50	,920	,050
18,50	,880	,050
19,50	,840	,017
21,00	,800	,000
22,50	,760	,000
23,50	,680	,000
25,00	,520	,000
27,00	,480	,000
28,50	,400	,000
29,50	,320	,000
30,50	,240	,000
31,50	,200	,000
34,00	,160	,000
36,50	,080	,000
37,50	,040	,000
39,00	,000	,000

Utilizando como punto de corte 17,5 puntos, solo tres casos de no simuladores se han situado por encima del mismo. En los tres casos el diagnóstico de los sujetos ha sido de retraso mental moderado a grave. No ha habido influencia por diagnóstico, sea

psicosis, alteraciones del ánimo, trastornos por consumo de sustancias o trastornos de la personalidad en la eficacia del protocolo para la discriminación de simulación. Lo mismo se puede decir del nivel educativo, también ha logrado discriminar simulación

aunque el evaluado sea analfabeto (excluyendo como se mencionó anteriormente retraso mental moderado/grave).

La recientemente sancionada Ley Nacional de Salud Mental 26.657 propone una modificación del sistema de salud mental para que la atención no se concentre en los llamados manicomios, sino en los hospitales generales, y se generen dispositivos que apunten a una verdadera inclusión social.

Sin embargo, se necesita también avanzar en otro frente, y es la reforma del artículo 34 del Código Penal para, al menos, establecer que las personas declaradas inimputables reciban verdaderamente un tratamiento interdisciplinario, que pueda consistir en la internación de la persona sólo si ello es necesario, y tenga plazos de ejecución que no excedan los que le hubiera correspondido en caso de que la persona hubiese sido condenada como imputable.

Conocemos el complejo entramado que subyace a las evaluaciones dentro del ámbito forense, especialmente el penal y las que se realizan dentro del ámbito penitenciario. Estas radican principalmente en limitaciones actitudinales (reticencia) de los evaluados a realizar los exámenes diagnósticos, la diferencia de criterio dentro de los equipos interdisciplinarios de evaluación o entre distintos equipos pertenecientes a variados sectores (cuerpo médico forense, equipos de criminología penitenciaria, procuración, defensorías, etc), la celeridad por cuestiones procesales en las que se requieren los resultados de las evaluaciones y la complejidad que genera la discriminación de trastornos mentales simulados de los reales, en personas que son poseedoras de

personalidades disfuncionales o con patologías adictivas complejas.

Es por ello que la intención del presente trabajo se limita a facilitar la tarea del evaluador dentro de este ámbito, para poder, partiendo de un adecuado diagnóstico realizar intervenciones pertinentes, sean sociales, familiares o institucionales, sin "psiquiatrizar" todos los conflictos que puedan surgir durante el proceso penal o el alojamiento en cumplimiento de una condena.

El fin último es respetar al paciente psiquiátrico y su espacio de tratamiento, ya que como persona que padece se encuentra doblemente vulnerado en su situación de encierro y la convivencia con trastornos graves de la personalidad no hacen más que condicionar su tratamiento y evolución.

Esperamos que nuevos trabajos broten en este intento por generar herramientas objetivas y confiables que sirvan para mejorar la colaboración del perito y consultor técnico en la esfera judicial, así mismo, consideramos que el diagnóstico de simulación es un proceso complejo, por lo que sumar la mayor cantidad de instrumentos para su confección resulta en un beneficio adicional para los profesionales de la salud mental.

## Referencias

American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Brandt, J. (1998). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: The Guildford Press.

Bruno, A. H., & Cabello, J. (2002). Simulación en psiquiatría forense. *Cuadernos de Medicina Forense*, 1(2), 81-93.

Clemente, M. (1995). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid: Pirámide.

Delgado, S., Esbec, E., & Pulido, F. (1994). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid: Colex

García-Domingo, G., Negredo-López, L., & Fernández-Guinea, S. (2004) Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista de Neurología*, 38(8), 766-774.

Ingenieros, J. (1956). *Simulación de la locura*. (2a ed.). Buenos Aires: Elmer Editor.

Diccionario de la lengua española. (2005). Espasa-Calpe. Recuperado 25 octubre 2010, desde <http://www.wordreference.com/definicion>

Iruarrizaga, I. (1999). El papel profesional del neuropsicólogo en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 133-143

Jaffe, M.E., & Sharma, K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California's three strikes and you're out law. *Journal of Forensic Sciences*, 43(3), 549-555.

Kapur, N. (1994). The coin-in-the-hand test: a new bed-side test for the detection of malingering in patients with suspected memory disorder". *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 57(3), 385-386.

Larrabee, G.J. (2003). Detection of symptom exaggeration with the MMPI-2 in

litigants with malingered neurocognitive dysfunction. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(1), 54-68.

Marco, R., Marti, J.L., & Bartran, P. (1990). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat

Min-Sup, S. Sun-Young, P. Se-Ran, P. Soon-Ho, S. Jun Soo, K. (2006). Clinical and empirical applications of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test. *Nature Protocols*, 1(2), 892-899.

Muñoz-Céspedes, J.M., & Paúl-Lapedriza, N. (2001). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 32(8), 773-778.

Pinninti Narsimha, R. Madison, H. Musser, E. & Rissmiller, D. (2003) El MINI Inventario Neuropsiquiátrico Internacional: Utilidad clínica y aceptación por los pacientes. *European Psychiatry*, 18(7), 361-364.

Ohman, L., Alberio, A., Bertone, M., & Márquez, E. (2001). Vicisitudes en el ingreso y la emergencia en un hospital psiquiátrico penitenciario. *Vertex*, XXII, 205-214.

Osimani, A. Alon, A. Berger, A., & Abarbanel, J. M. (1997). Use of the Stroop phenomenon as a diagnostic tool for malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 62:617-621.

Ramírez, R.M. Chirivella-Garrido, J. Caballero, M.C. Ferri-Campos, J., & Noé-Sebastián, E. (2004). Inteligencia, memoria y simulación: correlaciones entre instrumentos de medida. *Revista de Neurología*, 38(1): 28-33.

Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: The Guilford Press.

Stern, R.A. Singer, E.A. Duke, L.M. Singer, N.G. Morey, C.E. Daughtrey, E.W. & Kaplan, E. (1994). The Boston Qualitative Scoring System for the Rey–Osterrieth Complex Figure. *Psychological Assessment Resources*. Florida, USA.

Stuart, J. y Clayman, P.D. (2001). Challenging the diagnosis of Malingering. *Forensic Psychology and Psychiatry*. Disponible en: <http://symptom-magnification.blogspot.com.ar/>

Stuart, J., & Clayman, P. D. (2001). Physical Symptoms, Pain and Faking in Traumatic Injury and Disability Claims. *Forensic Psychology and Psychiatry*. Disponible en: <http://symptom-magnification.blogspot.com.ar/>

Tapias, A. Bello, D.P. González, J.L., & Vesga, V.J. (2008). Ensayo sobre criterios de simulación de psicopatologías para argumentar inimputabilidad en procesos judiciales. Recuperado 20 febrero 2012, desde <http://psicologiajuridica.org/psj6.html>

Tombaugh, T. (1997). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment*, 9(3), 260-268.

Verdejo, A. Alcázar-Córcoles, M.A. Gómez-Jarabo, G.A., & Pérez-García, M. (2004). Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense. *Revista de Neurología*, 39(1): 60-73.

Web INECO:  
[Http://www.neurologiacognitiva.org/material\\_profesional.php?idmaterial](http://www.neurologiacognitiva.org/material_profesional.php?idmaterial)