

Evaluación psiquiátrica-psicológica forense de Simulación. A propósito de un caso forense real Simulated psychiatric-psychological forensic evaluation. Regarding a real case

DRA. ÁNGELA DAMICELA SALAZAR DÍAZ¹
Departamento Médico Legal de la Policía Judicial de Pichincha

DR. ÁNGEL OSWALDO HERRERA LEMA²
Hospital Martin Icaza

Resumen

Simular en un proceso legal es fingir el estado mental que no se posee, para obtener una disminución o anulación de la responsabilidad penal.

Los psiquiatras y psicólogos forenses y los administradores de justicia tienen la dificultad de determinar si una persona implicada en un proceso legal presenta o no una enfermedad mental que modifique la culpabilidad, como se cita en el Código Integral Penal Ecuatoriano en el Art. 34 y Art 36.

El objetivo de este artículo es que con la aplicación del protocolo psiquiátrico-psicológico forense se demuestre el diagnóstico de simulación, mediante la presentación de un caso forense donde el ciudadano procesado simuló una enfermedad mental con productividad psicopatológica y, una vez que fue el peritaje elevado a prueba en la etapa de juicio, fue sentenciado como culpable, esclareciendo el diagnóstico de simulación. Todo ello con el propósito de demostrar que la simulación no modifica la imputabilidad.

Palabras clave

Simulación / Enfermedad mental / Peritaje / Protocolo psiquiátrico forense.

Summary

Simulate in a legal process is pretending the mental state that is not possessed to obtain a decrease or annulment of criminal responsibility.

Forensic psychiatrists and psychologists and justice administrators have the difficulty of determining whether or not a person involved in a legal process has a mental illness that modifies guilt as quoted in COIP in Art. 34 and Art 36.

The objective of this article is that with the application of the forensic psychiatric-psychological protocol, the diagnosis of simulation is demonstrated, and with the presentation of a forensic case where the processed citizen simulated a mental illness with psychopathological productivity and once it was the forensic expertise elevated to evidence in the judgment stage, was sentenced as guilty, clarifying the simulation diagnosis. In conclusion, the simulation does not modify imputability.

¹ Ángela Damicela Salazar Díaz: Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal y Perito en Psiquiatría del Departamento Médico Legal de la Policía Judicial de Pichincha-Ecuador, Teniente de la Policía Nacional del Ecuador. <http://orcid.org/0000-0002-3863-8451>.

² Ángel Oswaldo Herrera Lema: Médico especialista en Psiquiatría, Red de Salud Pública: Devengante de Beca en el Hospital Martin Icaza. <http://orcid.org/0000-0002-7019-7350>.



Keywords

Simulation / Mental Illness / Expertise / Forensic Psychiatric Protocol.

1. Introducción

La simulación es tan antigua como la humanidad, ya que sus basamentos se encuentran en la mentira, el egocentrismo, el fingimiento, que son propios del ser humano. San Juan de Dios simuló la locura por las calles de Granada para lograr que le encerraran en la casa de Orates y conocer de esta manera las verdaderas necesidades de la asistencia de aquellos pobres enfermos. (Gisbert Calabuig, 2001)

Con la plena vigencia desde agosto del 2014 del nuevo Código Integral Penal Ecuatoriano (en adelante COIP), con el cual se aplica el incremento de las penas, se ha puesto más a prueba a los fiscales y jueces para que utilicen como asesor en la aplicación de la normativa legal a la psiquiatría y psicología forense con peritos acreditados en el sistema WEB del Consejo de la Judicatura, los mismos que se rigen al Reglamento del Sistema Pericial Integral de la Función Judicial, publicado en el registro oficial Suplemento 125 del 28 de abril del 2014 No. 040-2014 (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014; Consejo Nacional de la Judicatura, 2014).

En aquellos casos difíciles en los que se trata de determinar la culpabilidad del procesado, el perito en psiquiatría y psicología forense con la aplicación del protocolo diagnóstica si el examinado presenta o no una enfermedad mental y, de ser considerado con plena normalidad mental, se le podrán atribuir sus acciones u omisiones, es decir se le imputan dichos actos punibles y su conducta antijurídica va a ser regulada por un Tribunal de Administración de Justicia (Consejo Nacional de la Judicatura, 2014).

“Para que una persona sea considerada responsable penalmente deberá ser imputable y actuar con conocimiento de la antijuridicidad de su conducta”. El COIP hace referencia en el Art. 34 de la culpabilidad y en el Art. 35 sobre las causas de inculpabilidad: “imputable” significa que al sujeto se le puede imputar, en otras palabras, atribuir la responsabilidad de su conducta punible y para ello requiere de ciertas condiciones psíquicas; mientras que el “conocimiento de la antijuridicidad de su conducta” significa que el sujeto conoce que ella está prohibida por la norma penal. Por consiguiente, la culpabilidad consiste en un juicio de reproche que se realiza al autor del hecho (delito) por tener capacidad de culpabilidad (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014).

Por otro lado, el mismo código en su Art. 36 hace referencia al Trastorno Mental y reconoce como causa de inculpabilidad al trastorno mental debidamente comprobado. Asimismo, se excluye la responsabilidad cuando el autor del hecho está privado del conocimiento por estado de embriaguez o intoxicación derivada de caso fortuito (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014; Maza, 2014).

2. Definición de simulación en psiquiatría forense

“Simular” es una actitud psíquica consciente y voluntaria donde se representa plásticamente un determinado evento mórbido con la intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar a un tercero; por lo tanto, simular en psiquiatría forense es fingir el estado mental que no se posee en realidad como artimaña para eludir medidas emanadas de la sociedad en lo laboral, civil y penal. El fin que persiguen tiene importancia médico forense porque la persona que finge ser enfermo mental lo hace para liberarse de las consecuencias de sus actos en lo penal, para eludir la pena o hallar dentro de las medidas de seguridad la posibilidad de una situación favorable o el poder huir de la cárcel en forma más fácil (Bruno y Cabello, 2002; Enciclopedia Jurídica, 2014).

2.1. Rasgos distintivos de simulación

- a). Actitud psíquica: se caracteriza por una activa disposición mental cuya motivación radica en obtener un beneficio secundario a través del engaño.
- b). Consciente y voluntaria: vale decir la capacidad psíquica para discernir y ejecutar un acto previamente elaborado y planificado.
- c). Representación plástica: consiste en hacer presente por medio de la expresión psicomotriz el evento mórbido que se utiliza para el engaño.
- d). Evento mórbido: es decir, la patología que se desea representar.
- e). Intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar: es la actitud utilizada por el simulador para obtener un beneficio legal vinculado a su situación jurídica (Bruno y Cabello, 2002; Silva, 1995).

2.2. Trastornos facticios diagnóstico diferencial

La simulación, según el Quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés), se encuentra dentro del apartado denominado como “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, V65.2 (Z76.5)” donde se especifica que difiere de un trastorno facticio, en que la motivación de la generación de los síntomas de esta es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio no hay incentivos externos (American Psychiatric Association, 2014).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE 10) se codifica como Z76.5 a la “persona que consulta con simulación consciente (simulador) [...] persona que finge enferma (con motivación obvia)”; colocando al trastorno facticio en otra codificación, la de Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Es así que, básicamente, el trastorno facticio es distinguible de la simulación en cuanto a que su objetivo no es una ganancia secundaria, además de por la cronicidad y la variedad de los síntomas (Matamoros y Coello, 2010).

2.3. Criterios para sospecha de simulación (American Psychiatric Association, 2014)

Se debe sospechar simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

- a). Presentación de un contexto médico-legal.
- b). Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
- c). Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- d). Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

2.4. Etiología de la simulación

Cualquier persona puede ser un simulador y más cuando se halla involucrado en un proceso legal; éste surge como pensamiento del propio individuo, de familiares, amigos, abogados, peritos deshonestos o delincuentes compañeros de reclusión, para obtener un beneficio, ventaja o provecho que no podría lograr de otra manera (Ribé, 2008).

Para Gisbert Calabuig (en Tiffo, 2008), las circunstancias que originan la simulación son:

- a). Simulación ofensiva: pretende eludir una responsabilidad de tipo penal o civil.
- b). Simulación exonerativa: pretende evitar una obligación civil (servicio militar), laboral (trabajo indeseado), penitenciaria (ingreso en prisión para cumplir una condena), etc.

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

2.5. Tipos generales de simulación de la enfermedad mental (Cabrera y Fuentes, 1990; Núñez, 2014)

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

- a) *Disimulación.*- Es aquella donde el “sujeto trata de ocultar síntomas patológicos existentes con fines semejantes a la simulación y de manera consciente”. Sin embargo, otros autores describen que en la disimulación la “voluntariedad consciente” del fraude, que es uno de los rasgos distintivos que define la simulación, se la posee, pero en un menor grado, aunque tal cosa no haya sucedido e incluso haya habido un agravamiento. Este tipo de conducta no puede ser adscrita al terreno de la voluntariedad consciente por el hecho de estar condicionada por una patología mental como por ejemplo la depresión, delirio de persecución, de perjuicio, celotipia alcohólica, etc.
- b) *Parasimulación.*- Esta modalidad se da cuando el individuo representa un evento mórbido distinto al que ya padece.
- c) *Sobresimulación.*- Como se ha dicho, es una variante de la anterior donde se exagera la sintomatología de un evento mórbido que indudablemente ya lo padece o que está simulando.
- d) *Metasimulación.*- Simula síntomas patológicos de una enfermedad que en la realidad la presentó con anterioridad y que, por lo tanto, tiene conocimiento de los mismos, pero que ya no la presenta en la actualidad.
- e) *Presimulación.*- Consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico.

2.6. Síntomas y sus formas sintomáticas clínicas de presentación

Los síntomas simulados se tienden a exteriorizar como aislados y lo realizan los procesados sin conocimiento o preparación previa de la patología y agrupados en síndromes psiquiátricos, los cuales no se relacionan con ningún cuadro psicopatológico conocido, pretenden síntomas no creíbles como son alteración de las funciones cognoscitivas como la memoria aparentando amnesias parciales o globales, alucinaciones auditivas o visuales, ideas delirantes de daño, desorientación temporoespacial, afectación en la afectividad como tristeza e indiferencia afectiva que muchas veces no concuerdan con un síntoma real y caen en lo absurdo (Ingenieros, 2003).

El impostor ordinariamente finge síntomas aislados como amnesia, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, mutismo, impulsiones, hipocondría, fugas, pero no llegan a completar un síndrome o un cuadro completo de una psicosis o demencia; la razón es que no son expertos en psiquiatría, no conocen exactamente las enfermedades mentales las cuales son muy difícil de aparentar y pueden ser descubiertas por un perito (Pérez, 2007).

2.7. Diagnóstico psiquiátrico-psicológico de simulación

La simulación no se adivina, se la diagnostica con la reunión de todos los elementos de valor obtenidos a través de la aplicación del protocolo psiquiátrico-psicológico forense que incluye una historia clínica completa, evaluación de la personalidad, aplicación de los exámenes complementarios y estudios del expediente clínico-judicial donde se analizarán la motivación del simulador en la obtención del beneficio legal posterior al cometimiento del

hecho delictivo, tomando el perito una actitud detectivesca en búsqueda de la verdad y que lo llevarán al convencimiento diagnóstico (Bruno y Cabello 2012).

2.8. Protocolo psiquiátrico y psicológico forense para diagnóstico de simulación

Deben considerarse tres aspectos fundamentales durante la aplicación del protocolo psiquiátrico y psicológico forense en los peritajes. Éstos son los siguientes:

2.8.1. Actitud o comportamiento durante la entrevista psiquiátrica y psicológica forense (Ossandón, 2010; Tapias et. al 2008; González y Vesga, 2008)

Se inicia desde la explicación y obtención del Consentimiento Informado que consta en el Protocolo durante el cual se evidencia la capacidad de comprender lo que se efectuará; la entrevista tiene que ser con bondad y sencillez, no dejando vislumbrar que desconfiamos, realizarse en un consultorio donde se cuente con un ambiente cómodo, amplio, tranquilo, silencioso, confidencial, además de con todos los medios tecnológicos y, dependiendo del caso sobre todo cuando existen dudas, se puede realizar observación y valoración directa de campo o contar a través de la autoridad competente con el apoyo profesional de los psicólogos, médicos y psiquiatras de los centros de rehabilitación. Debemos observar durante la pericia lo siguiente:

- a) Existe falta de colaboración y retención de información: esta se evidencia desde la recolección de los datos personales, haciéndose notar más al interrogar sobre biopsicografía, antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos, condiciones socio-económico-culturales, etc., donde el peritado la mayoría de veces no colabora o se lo observa cauteloso, evasivo, callado, a veces amenazador; desea terminar rápidamente la entrevista o sale de la consulta antes de finalizar la misma porque tiene el temor de que una evaluación rigurosa detecte la simulación; impide acceso a la información o es muy limitada, piensa mucho antes de dar una respuesta, gasta tiempo en responder y, cuando lo hace da respuestas absurdas, increíbles, irrisorias o pararrrespuestas, e intenta al examen mental simular afectaciones en su memoria y contestan a la mayoría de preguntas indicando: “no sé”, “no recuerdo”, “no.
- b) Exageración: es la elevación del dramatismo, se refiere a que los simuladores piensan, de forma equivocada, que entre más extraños parezcan, más creíbles son.
- c) Reconocimiento de ser un enfermo mental: desde antes de empezar la entrevista el simulador expresa frases como “soy loco o todos me dicen el loco”, pues con ello cree que será más creíble. Desea llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con los enfermos reales que, a menudo, son evasivos a hablar de sus síntomas.
- d) Actuación como si fuesen sordos y tontos: piensa que los enfermos mentales actúan tontamente.
- e) Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula: manifiestan sufrir alucinaciones visuales y auditivas o delirios persecutorios, pero no pueden aparentar la correspondiente ansiedad que conlleva tal sintomatología.
- f) Ausencia de perseverancia: la constancia es un signo permanente en la enfermedad mental, rara vez se ve en los simuladores (Marco et al., 1990).
- g) Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado: si se aplican pruebas específicas de simulación, como son las pruebas identificativas simples (se le muestra objetos de uso cotidiano para que los identifique el simulador dice no saber o se equivoca). Por ejemplo, la prueba de Storring (se le hace sumar, 4+5, 3+6, 8+10; en ella, los simuladores dicen no acordarse o se equivocan); la prueba de los dígitos (se pronuncia lentamente 6 dígitos de un teléfono y no puede recordar ni una sola cifra o

se equivoca en dos cifras del mismo lugar); o el Test proyectivo de Rorschach (Bande, 2007; Ben, 2009). El Inventario de personalidad Minnesota Multiphasic (MMPI) valora rasgos de simulación, en la escala L “mentira” (Solórzano Niño, 1994). Además, dependiendo del caso, se puede solicitar a la autoridad la realización de análisis bioquímicos, pruebas toxicológicas, valoración neurológica (Electroencefalograma y Tomografía Simple de Cráneo, Resonancia Magnética Nuclear), que nos ayudan a descartar las enfermedades orgánicas.

- h) Alteraciones del lenguaje no verbal: el tono y la intensidad de la voz se modifican 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 (Rogers, 1997).

2.8.2. Características de los síntomas simulados (Ossandón, 2010; Tapias et. al 2008; González y Vesga, 2008)

- a) Ausencia de correlación entre la sintomatología simulada y la etiología de mayor frecuencia, por ejemplo, la confusión mental sin ningún antecedente tóxico.
- b) La simulación no es mantenida todo el tiempo: simular requiere una recargada concentración y resulta extenuante, por lo que la persona sana requiere espacios de tregua; por ello, es importante que el perito sea muy observador, incluso desde el momento que el procesado llega a la entrevista hasta momentos después cuando sale de la consulta y piensa incluso que ya no es observado.
- c) Cada patología mental tiene una serie de fenómenos físicos que el simulador no los puede actuar: en el examen físico o somático desde los signos vitales que nos orientan una determinada patología, por ejemplo, quien simula depresión puede fingir astenia, pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia (“Rogers” 1997).
- d) Simulan síntomas según el conocimiento previo de la enfermedad: tienden a imitar los síntomas más conocidos sin tomar en cuenta los síntomas relacionados; la falta de memoria (amnesia) es el síntoma aislado que más se intenta simular, tal es así que el simulador, pese a no recordar ni siquiera su propia identidad, se ubica temporalmente sin ningún tipo de inconveniente, se orienta correctamente en el ambiente en que se encuentra.
- e) Síntomas que no se relacionan con ninguna enfermedad: son claramente reconocidos en el examen mental, así puede presentar síntomas de varias enfermedades.
- f) Comunican cuadros de aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico de la enfermedad: dan fechas cercanas de inicio de enfermedad, mientras que la patología mental generalmente tiene un curso crónico.

2.8.3. Aspectos del historial clínico y judicial (Tapias et. al 2008; González y Vesga, 2008)

Para cumplir con esta sección el perito puede acceder al expediente fiscal o judicial o podría solicitar copias certificadas de las historias clínicas psiquiátricas-psicológicas del peritado, además de certificados médicos o informes actualizados de sus médicos tratantes, en los que se verificará la existencia o no de antecedentes psicopatológicos para poder realizar una comparación cronológica de la evolución aparente de la sintomatología con el proceso judicial. Para esto también hay que tener noción del expediente fiscal que nos oriente sobre la acusación, sobre todo de las pruebas periciales médico-legales y de versiones de testigos directos, lo cual aporta con el conocimiento global del proceso legal, así como acceder a los elementos de convencimiento en el cometimiento de un hecho delictivo que se investiga.

- a) Diferencia entre el autorreporte y los archivos médicos: en la información que se obtiene durante el examen de antecedentes psicopatológicos, los evaluados revelan severidad en síntomas, en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización, lo cual necesariamente hubiera llevado a tener ya una historia previa de tratamiento psiquiátrico, es decir existe ausencia de antecedentes psicopatológicos y se muestra enfermo mental en el tiempo alrededor de la situación legal.
- b) Revelan síntomas psicóticos no relacionados al delito: en el expediente fiscal y judicial no se evidencia la relación entre la enfermedad mental y el delito que se le imputa esto se correlaciona con el examen mental, pueden manifestar los procesados alucinaciones que no se relacionan con el delito, indican escuchar voces que los llaman, sin embargo, han cometido un delito contra la libertad sexual.
- c) Evidencia de complicidad: cuando hay un cómplice comprometido en el crimen, por poseer una inteligencia normal, no participaría en delitos motivados por enfermos psicóticos (Resnick en Marco et al., 1990; Tapias et al., 2008).
- d) Engaños anteriores: se puede encontrar en el historial policial y judicial antecedentes penales, historia de engaños de alias, de patrones de comportamiento antisocial engañoso.
- e) Historia laboral incoherente con la enfermedad: según Resnick (en Marco et al., 1990), los simuladores pueden tener un historial laboral perjudicial, “la persona que siempre ha sido responsable, honrada, miembro adecuado de la sociedad es menos probable que simule”.

En las conclusiones se debe indicar la impresión diagnóstica, que es obtenida del examen psiquiátrico actual, junto con todos los datos obtenidos durante la pericia que ayudan a dar la probabilidad de la presencia o no de la afectación mental en el momento del cometimiento del hecho delictuoso por parte del evaluado, es decir una proyección retrospectiva.

Todos estos elementos de convicción aportan significativamente en las conclusiones finales del informe pericial psiquiátrico-psicológico forense, ya que de ello depende, como un medio más de prueba en la etapa del juicio oral, para poder obtener el resultado final del proceso penal como es dejar en libertad al inocente y para el culpable una sentencia condenatoria.

3. Caso Forense

Se trata de un individuo de 33 años de edad que presenta varios procesos judiciales anteriores a la evaluación, entre los cuales se encuentra: contravenciones de tránsito, demandas por pagares, tarjetas de crédito, contra la vida y, la actual, por violación sexual, en donde se solicitaron peritajes de psicología y psiquiatría (Consejo de la Judicatura, 2016).

El presente caso, vale añadir, fue tomado en cuenta por los medios de comunicación, donde señalaron su captura en los diarios nacionales³.

Se nombra un perito de psiquiatría en el Departamento de Medicina Legal de Pichincha, donde es evaluado el sujeto con el siguiente protocolo que nos permitimos citar de modo íntegro para su análisis:

PROTOCOLO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO FORENSE No.

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

II. DATOS JUDICIALES: Lugar y fecha del examen.

³ Como, por ejemplo, la noticia titulada “¡Maldito violador abusó de 20 mujeres!” del diario *El Extra*, del 22 de mayo de 2011.

- Autoridad: FISCAL DE PICHINCHA, FISCALIA DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR
- III. Causa: Instrucción Fiscal No. ...
 - IV. DATOS DE FILIACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS: NN, FECHA DE NACIMIENTO: No refiere, LUGAR DE NACIMIENTO: Ecuador, EDAD: (no responde) ???, ESTADO CIVIL: Casado, INSTRUCCIÓN: No refiere, OCUPACIÓN: Refiere “Mecánico Automotriz”
 - V. MOTIVO DEL PERITAJE: evaluación psiquiátrica y psicológica dentro de un probable delito contra la libertad sexual.
 - VI. ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL HECHO:
 - VII. Reconocido manifiesta “No sé, no me acuerdo de nada”
 - VIII. REVISIÓN POR SISTEMAS: permanece en silencio
 - IX. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: no refiere
 - X. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: no refiere
 - XI. ANTECEDENTES GENERALES: sin preguntarle indica a nivel de la Historia Psicosexual: “fui violado por mi empleada cuando era niño, era horrible, asqueroso”, el resto de la entrevista no responde, indica posteriormente “no sé”
 - XII. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS PERSONALES: manifiesta: “no sé”
 - XIII. RASGOS DE PERSONALIDAD: examinado evita responder el MMPI-2, el examen mínimo del estado mental, actúa como que no comprendiera las órdenes sencillas. HTP: no acata el pedido de dibujar para un test proyectivo.
 - XIV. EXAMEN DEL EVALUADO
 - a. EXAMEN FÍSICO: examinado atlético, que presenta distribuidos en su cuerpo trece tatuajes decorativos en la cara dorsal del pulgar izquierdo tatuado un sol, resto del examen físico sin patología aparente.
 - b. EXAMEN PSIQUIÁTRICO: reconocido acude traído por dos guías penitenciarios se halla en buenas condiciones de presentación personal e higiénica, bien vestido, peinado y rasurado, ambulatorio, alerta, consciente, aparenta risas inmotivadas, orientado en persona, aparenta desorientado en tiempo y espacio dice: es 50 de diciembre del 4000, memoria retrograda y anterógrada aparenta afectación refiere siempre “no sé, no me acuerdo de nada”, aparenta alteración en las sensopercepciones cuenta alucinaciones visuales y auditivas “se ríe y dice veo una paloma, escucho la voz de sus hijos que me llaman”, afectivamente indiferente, voluntad conservada, solicita un vaso de agua se le da las instrucciones para obtenerlo y lo realiza perfectamente.
 - XV. EXAMENES COMPLEMENTARIOS: no se solicitan
 - XVI. CONCLUSIONES
 - a. El examinado no colabora con la entrevista.
 - b. Las conductas del examinado durante la entrevista no guardan relación ni coherencia con ningún síndrome psicopatológico conocido, tampoco tiene antecedentes en conductas anteriores a su aprehensión, por lo cual no es posible al momento asignar algún diagnóstico clínico psicopatológico.
 - c. Las conductas y actitudes del examinado fuera del consultorio varían, se muestra expectante, vigilante, orientado y atiende estímulos del ambiente.
 - d. El examinado podría padecer algún tipo de trastorno de la personalidad al

momento indiferenciado, ya que no colabora con la entrevista ni la aplicación de test. El trastorno de la personalidad no implica afectación fundamental y directa de las funciones psíquicas de conciencia (funciones intelectivas y cognitivas) y voluntad (control de la conducta).

- e. Impresión Diagnóstica: el examinado presenta un examen mental normal y está simulando una enfermedad mental con productividad psicopatológica.
- f. Su autoridad le solicitó se realice una evaluación neurológica para descartar organicidad, evaluación y observación constante por los profesionales médicos, psiquiatra y psicólogo del centro penitenciario para confirmar el diagnóstico. (Salazar Diaz, 2011)

Tras la audiencia, la resolución del Juez, con la ayuda de la Evaluación Psiquiátrica donde se destaca que el evaluado no colabora con la entrevista, ni que las conductas presentadas por el mismo guardan relación ni coherencia con ningún síndrome psiquiátrico conocido, y que el trastorno de la personalidad no implica afectación de funciones psíquicas de conciencia y voluntad, declaró el presente caso para sentencia como imputable; con una condena de 8 años, situación recalcada, nuevamente, por los medios de comunicación⁴.

Mientras el evaluado se encontraba cumpliendo la condena dispuesta, fallece en el interior del centro de rehabilitación, aparentemente por ingesta de sustancia desconocida, de lo cual tras la autopsia médico legal se especifica la causa de muerte por Insuficiencia Respiratoria Aguda por Neumonitis Tóxica (Herrera Almagro, 2012) (Consejo de la Judicatura, 2016) (Diario La Hora Nacional, 2011).

4. Discusión

Durante el Proceso Penal Ecuatoriano en las etapas de Investigación Previa o Instrucción Fiscal, y en ocasiones en la etapa de Juicio, solicitan los magistrados la práctica de las pericias psiquiátricas y psicológicas forenses a los peritos acreditados del Departamento Médico Legal de la Policía Judicial de Pichincha para esclarecer la normalidad mental del procesado; llegando los peritos a diagnosticar la simulación, se presentó un caso forense en el Departamento de Medicina Legal de la Policía Judicial de Pichincha, en el cual el ciudadano procesado simuló una enfermedad mental con productividad psicopatológica y, una vez que fue el peritaje elevado a prueba en la etapa de juicio, fue sentenciado como imputable. En el Ecuador no se encuentran estadísticas sobre la simulación en peritajes, sin embargo, se describen en un estudio realizado en Argentina sobre la detección de simulación de la enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario mediante el protocolo de evaluación de simulación, en el cual de una población de 35 el 30% presentó simulación y el 63% de los evaluados tuvo un trastorno de personalidad (Bertone et al., 2012); así también se pueden encontrar varias referencias en la web de sentencias de culpabilidad tras la evidencia de simulación de enfermedad (Thomson Reuters, 2010).

5. Conclusiones

- a) Los administradores de justicia de Ecuador, ante la duda de la presencia o no de una enfermedad mental de la persona involucrada en un proceso de tipo legal, utilizan para esclarecer los diagnósticos a los peritos en psiquiatría y psicología forense acreditados por el Consejo de la Judicatura.
- b) Los peritos en psiquiatría y psicología forense deben, en lo posible, apegarse al proto-

⁴ Por ejemplo, la noticia "Dictan sentencia de ocho años contra violador" en el diario *La Hora Nacional* del 12 de Octubre de 2011. <<https://lahora.com.ec/noticia/1101219032/home>>.

colo del peritaje psiquiátrico y psicológico forense que reúne las pautas para diagnosticar cuando se sospeche de simulación.

- c) En el peritaje psiquiátrico y psicológico forense se debe valorar si el examinado presenta o no una enfermedad mental que conlleve a una disminución o anulación de la imputabilidad.
- d) La simulación no modifica la imputabilidad del individuo, ya que la misma no es una patología mental ni mucho menos especifica alguna condición riesgosa para el procesado.
- e) La simulación no es agravante ni atenuante de responsabilidad penal.
- f) El caso forense presentado ejemplifica claramente todo el proceso de definiciones, diagnóstico y consiguiente manejo jurídico de un procesado que presenta simulación de enfermedad dentro del proceso judicial.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010102>
- Bande, S. (2007). *Manual de interpretación del Rorschach* (1ra ed.). Madrid: Psimática.
- Ben, Y. S. (2009). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*. España: TEA Ediciones S. A.
- Bertone, M. S. et al. (2012). Detección de simulación de la enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario mediante el protocolo de evaluación de simulación (PES). *Revista de Neuropsicología*, 12 (2), 116.
- Bruno, A. y Cabello, J. (2002). Simulación en Psiquiatría Forense, Cuadernos de Medicina Forense. Medicina Forense Peru: <<http://www.medicinaforenseperu.org/media/documentos/20100216175230.pdf>>.
- (2012). Simulación en Psiquiatría Forense. Criminalistica.mx: <<http://criminalistica.mx/areas-forenses/psicologia-y-psiquiatria/957-simulacion-en-psiquiatria-forense>>.
- Cabrera, J. y Fuentes, J. (1990). *Psiquiatría y Derecho*. (1ra ed.). Madrid: Aran.
- Consejo de la Judicatura. (2016). eSATJE-Consejo de la Judicatura: <<http://consultas.funcionjudicial.gob.ec/informacionjudicial/public/informacion.jsfEnciclopediaJuridica>>.
- Enciclopedia Jurídica. Simulación en psiquiatría Forense. <<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/simulaci%C3%B3n-en-psiquiatr%C3%ADa-forense/simulaci%C3%B3n-en-psiquiatr%C3%ADa-forense.htm>>.
- Gisbert Calabuig, J. A. (2001). *Medicina Legal y Toxicología* (5ta ed.). Barcelona: Masson.
- Herrera Almagro, F. (2012). Informe N 358-DML-2012. Autopsia Medico-Legal, Policía Nacional del Ecuador, Departamento de Medicina Legal, Quito.
- Ingenieros, J. (2003). *Simulación de Locura* (1ra ed.). Argentina: Editorial del Cardo.
- Marco, R. et al. (1990). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat.
- Matamoros, D. y Coello-Cortés, R. (2010). Síndrome de Munchausen: Primer caso informado en Honduras. *Revista Médica Hondur*, 54 (1986), 233-236.
- Maza, A. (2014). Tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad (COIP, comentarios -7). <<http://angelitomaza.blogspot.com/2014/06/tipicidad-antijuridicidad-y.html>>.

- Núñez, J. (2014). *Psicología Criminal y Criminalística* (3ra ed.). La Paz, Bolivia: El original San José.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Códigos según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con Salud* (10 ed.). (R. Salgado, Ed.) Madrid: Meditor.
- Ossandón, J. (2010). *Escuela de psicología: psicodiagnóstico pericial*. Iquique: Universidad Bolivariana.
- Pérez, J. (2007). Simulación neuropsiquiátrica. Aspectos forenses. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 4 (1). <<http://www.revistahph.sld.cu/hph0107/hph010807.htm>>.
- Ribé, J. (2008). *Psiquiatría Forense* (2da ed.). Barcelona: espaxs.
- Salazar Diaz, A. D. (2011). Informe Psiquiátrico Forense N 3409-DML-2011. Informe Psiquiátrico, Departamento de Medicina Legal del Pichincha, Psiquiatría, Quito.
- Silva, H. (1995). *Medicina Legal y Psiquiatría Forense*. Tomo 2. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Solórzano Niño, R. (1994). *Psiquiatría Clínica y Forense* (2da ed.). Santa Fe de Bogotá: Temis.
- Tapias, A. et al. (2008). Ensayo Sobre Criterios De Simulación De Psicopatologías Para Argumentar Inimputabilidad En Procesos Judiciales. *Psicología Jurídica*: <<http://psicologiajuridica.org/psj6.html>>.
- Tiffo, B. (2008). *Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense*. Barcelona: Bosch Editor.

Legislación

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial 180, 10 de Febrero de 2014.
- Consejo Nacional de la Judicatura (2014). *Reglamento Del Sistema Pericial Integral De La Funcion Judicial*. Registro Oficial Edición Especial 125, 28 de Abril de 2014.

Sentencias

- Sentencia T.S.J. Aragón 434/2010, de 14 de junio. ASESORÍA & EMPRESA: <<http://www.asesoriayempresas.es/jurisprudencia/JURIDICO/47698/sentencia-ts-j-aragon-434-2010-de-14-de-junio-despido-disciplinario-simulacion-de-enfermedad-u->>.