

DETECCIÓN Y VALORACIÓN PERICIAL DE LA SIMULACIÓN O PRODUCCIÓN INTENCIONADA DE SÍNTOMAS, EN UN CASO PRÁCTICO DE MOBBING

DETECTION AND EXPERT EVALUATION OF THE SIMULATION OR PURPOSEFUL PRODUCTION OF SYMPTOMS IN A MOBBING CASE

M.^a Paz Ruiz Tejedor*

Fecha de Recepción: 12-12-2007

Fecha de Aceptación: 08-02-2008

RESUMEN

La producción intencionada de síntomas o de trastornos mentales por conseguir una ganancia secundaria, es un fenómeno frecuente en el ámbito judicial, tanto por parte de los imputados como de las víctimas.

En el caso de las víctimas, la valoración pericial del daño psíquico constituye una tarea difícil y controvertida, no sólo por la falta de delimitación y la confusión en el uso de los términos psicojurídicos (daño psíquico, sufrimiento psíquico, lesión psíquica, menoscabo en la salud psíquica, padecimiento psíquico, daño moral...) sino porque la formulación subjetiva de los síntomas por parte de las víctimas, facilita una posible simulación o sobresimulación.

Ilustrar la tarea de detección y evaluación pericial de este fenómeno, a través de un caso práctico de mobbing, es el objetivo que persigue este artículo.

* Psicóloga forense de la Clínica Médico-Forense de los Juzgados de Plaza Castilla de Madrid.

Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas, en un caso práctico...

PALABRAS CLAVE: Simulación, Daño psíquico, Mobbing, Valoración pericial.

ABSTRACT

The purposeful production of symptoms or mental disorders to obtain a secondary benefit is a frequent phenomenon in the judicial area, both on the part of the accused and of the victims.

In the case of victims, the expert assessment of psychic damages is a difficult and controversial task, not only because of the absence of delimitation and the confusion in the use of psycho-judicial terms (psychic damages, psychic suffering, psychic injury, deterioration of psychic health, psychic disorder, moral damages... etc.) but because the subjective formulation of the symptoms makes simulation or oversimulation easy.

This article is aimed at illustrating, with a mobbing case, the task of detecting and performing an expert evaluation of this phenomenon.

KEY WORDS: Simulation, Psychic damages, Mobbing, Expert assessment.

INTRODUCCIÓN

Mobbing y valoración del daño psíquico

El mobbing (termino acuñado del inglés "to mob": atacar con violencia) también llamado acoso psicológico en el trabajo, es definido como una forma de persecución u hostigamiento psicológico que un empleado sufre en su lugar de trabajo y que, según refieren López y Vázquez (2003) se ejerce de forma intencionada y reiterativa.

En las organizaciones laborales resulta fácil detectar roces, conflictos, antipatías, discrepancias e incluso desencuentros o discusiones, pero el mobbing es algo bien distinto. No se trata de un conflicto entre personas, sino de un proceso de destrucción, o lo que es lo mismo, de una severa forma de maltrato. En el cual, la instrumentalización de actitudes y conductas hostiles, que tomadas de forma aislada podrían parecer anodinas o irrelevantes, de forma reiterada y repetida llegan a producir efectos devastadores sobre el estatus mental de la persona acosada.

Desde una perspectiva forense podemos diferenciar varias fases:

La primera en el proceso es la de seducción (aunque no todos los autores contemplan su existencia). En esta fase, la persona acosadora intenta proyectar una imagen positiva o atrayente, pero aún no ha manifestado su potencial violento. Normalmente, la seducción va dirigida a la víctima, pero en muchas ocasiones se hace extensiva al entorno

próximo de ésta (recuerdo víctimas que referían lo atento que era el acosador ofreciéndole regalos para sus hijos menores, o ayudándoles de forma solícita cuando llegaban a su nuevo puesto de trabajo). Desde un punto de vista psicodinámico podríamos hablar de una "estrategia de tela de araña", que el acosador utiliza para atrapar a su presa.

Una segunda fase llamada de conflicto, que se produce cuando la víctima no quiere plegarse a los deseos del acosador. Lo cual desata la violencia del aquel que avanza en escala ascendente hasta lograr mermarla y desestabilizarla psicológicamente, instaurándose en ese momento **la tercera fase, de acoso laboral propiamente dicho**. La expresión violenta se ejerce de forma sutil a través de distintos comportamientos: acciones contra la reputación o la dignidad personal del acosado, contra el ejercicio o el desarrollo de su trabajo, privándole de la comunicación o de información relevante dentro de la empresa, sometiéndole a situaciones de discriminación o inequidad...

Sin embargo, el detonante o la motivación latente no es, desde mi punto de vista, lograr un objetivo concreto (excluir o lograr la expulsión de la víctima), como postula Morán Astorga (2002) "*con el objetivo de que abandone la organización*", sino la disposición perversa que subyace en el acosador, y que atendiendo al profesor Piñuel (2001) "*le empuja a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y dominar*".

En este sentido, coincido totalmente con la definición del "perverso narcisista"

acuñada por la psiquiatra francesa Hirigoyen (1999) *"aquel que bajo la influencia de su grandioso yo, intenta crear un vínculo de dependencia con el otro, atacando su integridad y dignidad personal"*.

Desde mi perspectiva, el origen del proceso acosador no estaría tanto, en un conflicto no resuelto o resuelto de forma inadecuada como defiende Leyman (1996), sino en los rasgos de personalidad psicopáticos del acosador.

La reacción o la respuesta de la víctima en los primeros momentos de ataque y hostigamiento, serán determinantes en la evolución del problema.

Tres son las reacciones más frecuentes: aquellas que tienden a negar la realidad de la situación que están viviendo (*"no me daba cuenta de lo que me estaba haciendo, no quería darle importancia, pensaba que quizás era yo que estaba muy susceptible..."*), las que se autoculpabilizan de la conducta que exhibe el acosador (*"soy yo que no sé hacer las cosas, no doy la talla, no sirvo para esto..."*) y las que por el contrario, adoptan una actitud de lucha en solitario para demostrarse que son capaces de resolver el problema (*"voy a solucionar el problema sin que nadie intervenga, me valgo y me sobro para poner fin a esta situación..."*).

Este tipo de reacciones y la actitud de pasividad que suelen adoptar los compañeros, permitirán que el acosador continúe con la estrategia de desgaste y menoscabo de su presa.

Desde una perspectiva forense, **la**

última fase sería de externalización o eclosión del problema, que suele condicionar con el paso del tiempo, la interposición de la correspondiente denuncia.

Generalmente, la eclosión se produce cuando el sufrimiento psicológico de la víctima cristaliza en síntomas clínicos, (aparecen crisis de ansiedad, agotamiento físico y mental, irritabilidad, labilidad emocional con frecuentes eclosiones de llanto, dificultades de concentración...) que interfieren de forma significativa en los niveles de adaptación, tanto en el ámbito personal o psicológico, como en el socio-familiar y por supuesto en el laboral. Según Piñuel (2007) a partir del sexto mes, suelen comenzar a aparecer, los primeros síntomas, frecuentemente de tipo ansioso.

Los cuadros psicopatológicos más frecuentes incluyen trastornos de ansiedad (sobre todo el trastorno por estrés post-traumático y trastorno por estrés agudo). Los trastornos adaptativos mixtos ansioso depresivos y la descompensación psíquica de las personalidades con rasgos premórbidos.

En uno de los casos más extremos que tuve ocasión de peritar, la víctima, una mujer de unos 30, denunció la situación de acoso laboral después de caer en un proceso depresivo severo, que le llevó a abandonar su puesto de trabajo, romper la relación con su marido y perder temporalmente la custodia de su hijo.

Desde que H. Leyman definiera este fenómeno en torno a la década de los

80, se han incrementado en número de víctimas, paralelamente la judicialización de los casos y por ende, la demanda de intervención pericial.

Nuestra función como peritos se centrará fundamentalmente en determinar la existencia de daño moral y/o daño psíquico. Ambos conceptos implican una afectación psíquica en respuesta a un acontecimiento desencadenante identificable (acoso laboral), donde existe un responsable legal y que puede ser susceptible de indemnización.

Sin embargo, existen grandes dificultades a la hora de delimitar o definir éstos términos. De forma genérica y, atendiendo a De la Torre (2004), el daño psíquico se produce a nivel inconsciente, por el contrario el "**daño moral**" hace referencia a una actitud consciente e implica una estimación objetiva en forma de perjuicio, evaluable a través de síntomas que no conforman una entidad patológica significativa. Es decir, requiere una entidad diferente de la molestia común que debe exceder de las incomodidades de la vida diaria.

Como ejemplo de reconocimiento judicial del daño moral en casos de mobbing el citado autor nos remite a la Sentencia de 1 de mayo de 2002 del Juzgado de lo Social nº 1 de Bilbao: "...la relación causal entre el daño producido y la actividad empresarial han causado un sufrimiento de los bienes inmateriales (dolor espiritual, quebranto de la salud) tienen la verdadera nomenclatura de daño moral..".

La determinación del "**daño psíquico**

co" es menos difusa y contempla varios criterios diagnósticos:

- La existencia de un *síndrome psicopatológico concreto*, es decir los síntomas que presente el paciente deben encajar en un cuadro o síndrome clínico concreto.
- El *menoscabo psíquico* producido por efecto de la situación denunciada, se traduce en una *alteración mental nueva o novedosa* en la biografía del sujeto, en ocasiones por descompensación de los rasgos psicopatológicos premórbidos o en un agravamiento de una enfermedad anterior.
- La enfermedad psíquica que se diagnostique debe tener una *relación de causalidad con la situación denunciada* (en nuestro caso acoso laboral). El nexo puede ser directo (causa el trastorno), o indirecto (actúa como concausa que acelera, agrava o desencadena una patología premórbida).

Podemos por tanto, definir el daño psíquico de la siguiente forma: síndrome o cuadro psicopatológico concreto y coherente, novedoso en la anamnesis del sujeto y originado por la situación denunciada, que ha ocasionado una disminución de las capacidades psíquicas previas.

Cuando el término daño psíquico alude a **lesión o secuela**, incluye el criterio de cronicidad. En este caso el trastorno o la enfermedad que se diagnostique debe conllevar una incapacidad irre-

versible, o al menos estar jurídicamente consolidada (que hayan transcurrido unos dos años).

Según Esbec (2000), comprende la enfermedad o discapacidad permanente, no susceptible de mejoría en un periodo de tiempo razonable, ni con tratamiento, ni de forma espontánea.

Reflejar por último, que la valoración pericial del daño psíquico constituye una tarea difícil y controvertida, no sólo por la falta de delimitación jurídica y la confusión en el uso de términos (como daño psíquico, sufrimiento psíquico, lesión psíquica, menoscabo en la salud psíquica, padecimiento psíquico, daño moral...etc.) sino porque la formulación subjetiva de los síntomas por parte de las presuntas víctimas, facilita una posible simulación o sobresimulación. Y como postulan Arce, Fariña y Suárez (2006), la evaluación clínica tradicional no es productiva en estos casos.

Detección y valoración pericial de la simulación

La producción intencionada de síntomas o trastornos mentales por conseguir una ganancia secundaria, constituye un fenómeno frecuente en el ámbito judicial.

Cuando el objetivo es eludir la responsabilidad penal (en el caso de los imputados), suelen simularse cuadros psicóticos, demencias, alteraciones psiconeurológicas, trastornos disociativos e incluso limitación o retraso intelectual.

Con respecto a las víctimas, los trastornos adaptativos y los síndromes post-traumáticos son sin duda los elegidos.

Según el DSM- IV-TR, "la característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicopatológicos 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".

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones siguientes:

- Se inscribe en un contexto médico-legal.
- Existe discrepancia entre el estrés o la alteración manifestada por la persona y los datos objetivos de la exploración clínica.
- El sujeto no colabora durante la valoración diagnóstica y no cumple el régimen de tratamiento prescrito.
- El sujeto presenta un trastorno antisocial de la personalidad.

Sin embargo diagnosticar una simulación supone un reto para los profesionales forenses, en tanto no existen signos patognomónicos que nos permitan identificar a la persona simuladora.

Un bagaje amplio en evaluación psicológica y psicopatológica y seguir unas directrices generales para la detección del engaño pueden facilitar esta tarea.

Esbec y Gómez-Jarabo(1999) nos proponen una metodología a seguir:

- Primero descartar psicopatología realizando una anamnesis y una exploración clínica exhaustivas, aplicando pruebas complementarias (baterías o test de psicodiagnóstico), si fuera necesario.
- Descartar trastornos facticios con síntomas psicológicos. En estos casos, al igual que en la simulación, existe un fingimiento consciente y voluntario, pero la motivación no es consciente, ni los beneficios son reconocibles. Lo que activamente busca el sujeto es captar la atención sobre su persona o asumir el rol de enfermo. La ausencia de un objetivo externo claramente identificable nos permitirá realizar el diagnóstico diferencial.
- Detectar factores de riesgo de simulación:
 - Existencia de incentivo externo.
 - Presencia de trastorno antisocial de la personalidad (aunque la experiencia pericial nos dice que en realidad no es un elemento tan discriminante, muchas veces los rasgos histriónicos o el trastorno histriónico de la personalidad están en la base de este tipo de actuaciones).
- Rastrear posibilidades de meta-simulación. Es decir, constatar en la anamnesis antecedentes de enfer-

medades o padecimientos similares a los alegados en ese momento por el paciente. Toda vez que la experiencia anterior puede facilitar una reproducción clínica más ajustada de los síntomas.

- Por último, abordar directamente al simulador, confrontándole con la información incongruente e incluso abocarle a la confesión o el reconocimiento de su estrategia.

Por otra parte, sin pretender aportar fórmulas o recetas mágicas, si me gustaría aportar pautas o indicadores, algunos que nacen de mi experiencia pericial y que considero pueden facilitar la tarea de identificación o diagnóstico del simulador:

- Frecuentemente las personas simuladoras suelen describir alteraciones psicopatológicas inexistentes, en tanto no se documentan convenientemente (como luego veremos en el caso de estudio), o trastornos alejados de las características clínicas. Por ejemplo "el asesino del rol" intentaba simular un "trastorno de personalidad múltiple" describiendo la relación y el diálogo entre distintas personalidades, ignorando que en este trastorno disociativo una personalidad no tiene conocimiento de la existencia de las otras.
- En esta misma línea, los cuadros psicopatológicos suelen ser planos, es decir no evolucionan con el paso del tiempo e incluso en ocasiones

empeoran, en vez de evolucionar hacia la remisión, sin fundamento clínico.

- Así mismo, suele resultar delatador de una posible simulación, la ausencia de representaciones afectivas, o lo que es lo mismo la falta de resonancia emocional al relatar los falsos padecimientos. También es frecuente la exteriorización de emociones fingidas, generalmente en forma de eclosiones de llanto fácilmente controladas. O la sobreactuación o dramatización (como le ocurre a nuestra paciente). Desde mi punto de vista, los simuladores están haciendo una "puesta en escena" y creen que cuanto más afectación psíquica proyecten mayores posibilidades tienen de ser creídos.
- Por otra parte, muchos de estos sujetos que verbalizan haber tomado medicación durante largos periodos de tiempo e incluso aportan fotocopias de las prescripciones médicas, no son capaces de describir físicamente los fármacos o de puntualizar la dosis diaria a preguntas del perito (como veremos más tarde).
- Las incongruencias al aportar la información sobre los cuadros clínicos alegados, son en muchas ocasiones, grotescas y atentan contra la lógica y las leyes de la naturaleza. En el caso de estudio la informada manifiesta que tiene graves problemas perceptivos, incluso llega a verbalizar que no puede ver, que no puede leer, pero en otro momento

reconoce que pasa su tiempo resolviendo sopas de letras.

- Resulta conveniente realizar la exploración en varias sesiones, porque con alta probabilidad el sujeto aportará información inconsistente y/o modificará el contenido de su discurso al relatar los falsos síntomas. Síntomas que no se corresponderán con la impresión y/o observación clínica.
- En la línea anterior, también es procedente recabar información de terceros (parientes, padres, cónyuges... de las presuntas víctimas), al objeto de corroborar la información proporcionada o por el contrario detectar posibles inconsistencias (como ocurre en el caso de estudio al entrevistar al esposo de la informada).
- En frecuente que los simuladores cedan al sesgo confirmatorio de preguntas periciales sugestivas y/o sugerentes de dificultades o alteraciones psicopatológicas.
- En esta misma línea, al aplicar cuestionarios o test de autoinforme, suelen contestar positivamente a ítems que rastrean la presencia de síntomas o alteraciones que la persona no había comentado con anterioridad, en la entrevista de exploración.
- Por otra parte, las pruebas proyectivas (como ocurre con la producciones gráficas de tipo expansivo, en sujetos que alegan sintomatología

depresiva) o las psicométricas que cuentan con escalas de validación, permiten en ocasiones objetivar la disposición de la persona a falsear la realidad.

- En el abordaje pericial resulta procedente solicitar explicaciones al informado sobre el significado de determinados términos o expresiones clínicas, porque en ocasiones pueden resultar vacías de contenido. En un caso extraído de mi práctica forense, una víctima de un accidente de tráfico que refería depresión, ante preguntas aclaratorias respondía: "que me canso mucho, me canso hasta de hablar".
- Cuando el cuadro simulado comporta una alteración psicomotriz, es aconsejable ampliar el tiempo de exploración, toda vez que, con alta probabilidad, el sujeto acusará el cansancio y el síntoma se tornará intermitente (recuerdo el caso de un imputado que simulaba un movimiento automático involuntario en el miembro superior izquierdo y que a lo largo de la hora y media de exploración fue variando alternativamente el miembro afectado: primero un brazo, luego el otro, después una pierna y luego la otra).
- La pericia del profesional forense al abordar la exploración y su capacidad para desviar la atención del simulador de su estrategia o "puesta en escena", puede ser la clave para desmontar el engaño. Como ejemplo relataré el caso de un imputado por delito de sangre, que comenzó

simulando, entre otros síntomas, desorientación en tiempo, lugar y persona y dificultades expresivo-comprensivas, y terminó hablándome con fluidez y entusiasmo de la importante responsabilidad que tenía en su trabajo, la cantidad de dinero que ganaba y el porcentaje por cada venta que hacía, sus propiedades inmobiliarias y la ubicación espacial de las mismas.

ANÁLISIS DE UN CASO PRÁCTICO

Información preliminar

Nuestra informada es una mujer de 53 años que trabajaba como administrativa en una empresa de construcciones.

El objetivo de la pericial que se nos solicita se concreta en lo siguiente:

"Se emita informe sobre el origen concreto del cuadro clínico que presenta, estado actual, si ha curado la enfermedad que padece y si para ello ha necesitado tratamiento médico o quirúrgico."

*Según se desprende del estudio de autos: **la denuncia se interpone por acoso laboral** contra su jefe inmediato superior (con el que compartía despacho en horario laboral de 8 a 17 horas).*

La formulación de la citada denuncia se realiza en los siguientes términos: *"El señor X me considera su enemiga y ejercía sobre mí una presión constante, en forma de provocaciones, amenazas, injurias constantes y en algunas ocasio-*

nes también agresiones... todo ello en el horario laboral. Mostraba una actitud de nula colaboración y de obstaculización en el desempeño de mi trabajo, dando lugar a numerosos roces e incidentes. Aprovechaba cuando no había testigos, para insultarme, amenazarme e incluso agredirme, llegando en una ocasión, tras una disputa laboral a agarrarme por el cuello y decirme: la próxima vez te mato".

El suceso que finalmente condiciona la judicialización del caso es el siguiente: "Ese día, el acusado tras insultarme y discutir acabó cogiendo unas tijeras, me amenazó con ellas y finalmente me sujetó por la fuerza cortándome un mechón de pelo, mientras me insultaba y me vejaba, diciéndome cosas como "mama no sirves ni para chuparla".

Después de ocurrir este incidente, la presunta víctima sufre "una crisis nerviosa y un ataque de histeria". Y la empresa (al objeto de evitar el contacto con el agresor), acuerda su traslado, según consta en la denuncia "a una pequeña oficina dentro del almacén, completamente aislada y rodeada de materiales: chapas, ruedas, etc. que ella denomina la choza, prácticamente sin asignación de puesto efectivo".

Ante este traslado, "situación de trato injusto, degradante e indigno, soy presa de un nuevo ataque de histeria y de un fuerte shock emocional".

El médico de cabecera emite un informe en el que consta: "**padece un trastorno de estrés agudo, con síntomas de desesperanza intensa, aturdi-**

miento, ansiedad, llanto incontrolado y pesadillas recurrentes".

Transcurridos dos meses (uno de baja laboral al que se une el de sus vacaciones estivales), la informada vuelve a su puesto anterior "trabajando a plena satisfacción", hasta que tras reincorporarse el acusado, es trasladada de nuevo a la "choza". Esta situación condiciona finalmente una baja por incapacidad laboral, en la que continúa en el momento de nuestra intervención. Según el informe médico del Insalud por presentar: "**un cuadro grave de neurosis depresiva, con trastornos en la personalidad y el habla"**.

De la información recogida en la exploración pericial destacamos lo siguiente:

Se practica la exploración en dos sesiones (con una demora de 14 meses desde la interposición de la denuncia), en la segunda se entrevista también al esposo de la informada, para cotejo de datos.

Respecto a **Antecedentes familiares**, D^a Concha es la tercera de una familia compuesta en origen por los padres y tres hijos. Se describe dinámica, familiar, funcional. No se reconocen antecedentes psicopatológicos o problemas relacionados con el presente conflicto psicológico.

Antecedentes personales sin relevancia clínica. Escolarización y proceso de socialización normalizados.

Incurción en el mundo laboral hacia los 16 años. Después de desarrollar tra-

bajo en cadena en otra empresa, recalca en la que se producen los hechos de autos (ingresa como auxiliar de laboratorio, posteriormente como auxiliar de archivo y por último asciende a administrativo). No describe conflictiva con compañeros o superiores hasta que eclosiona el problema que nos ocupa.

A los 22 años contrae matrimonio, tiene dos hijos de 24 y 16 años. Refiere buen ajuste marital después de superar separación temporal de hecho.

En el plano personal proyecta un buen autoconcepto, se describe como una mujer sociable, extrovertida, afectiva, no rencorosa, alegre, luchadora.

Según impresión clínica destacan rasgos de asertividad e histrionismo.

Exploración psicopatológica: La peritada se encuentra consciente, en buen estado de alerta. Orientada en tiempo, lugar, persona y situación.

Coherente, sin alteraciones en el lenguaje o en el pensamiento, ni en contenido ni en curso. No delirios ni alucinaciones, ni sintomatología psicótica.

Memoria de evocación y fijación conservadas.

Presenta adecuadas capacidades expresivo-comprensivas para el intercambio verbal, apreciándose verborrea y dificultad articulatoria que impresiona de simulada.

Desarrollo cognitivo-intelectivo medio, según impresión clínica.

Estado de ánimo expansivo, sin apreciable resonancia emocional al rememorar los hechos denunciados, que por el contrario son relatados con altas dosis de teatralidad.

En la segunda sesión de exploración la informada exhibió el mismo tono emocional, si bien aparecieron en determinados momentos episodios de llanto que impresionaban de simulados, rápidamente controlados.

Capacidad de juicio e ideación ajustados.

Refiere y documenta haber solicitado atención del médico de cabecera y de la unidad de psiquiatría del centro de salud y haber participado en terapia de grupo.

No reconoce consumo abusivo de drogas o sustancias estupefacientes, sí fumadora.

Con respecto al **relato del presunto acoso laboral** denunciado, D.^a Concha describe, (en contraposición con lo reflejado en la denuncia), una situación de confrontación y pugna, no de acoso, en tanto no existe asimetría en la relación. De la información recabada se infiere que los dos actores de la relación miden sus fuerzas y llegan a protagonizar incidentes como "el del corte de cabello", en el que nuestra víctima responde cumpliendo su amenaza de arrancar la lista de teléfonos de aquel (la negativa a prestársela es el detonante de la discusión) rompiéndola posteriormente.

Por otra parte, la bidireccionalidad de la disfunción entre ambos se refleja en

numerosos intercambios verbales presenciados por terceros, que se recogen en el expediente instruido por la empresa (... "en un momento dado D^a Concha le dijo al acusado que "no servía ni para tomar por culo", a lo que éste respondió "ni tu para hacer una mamada").

En relación al **cuadro psicopatológico presuntamente reactivo** a los hechos denunciados, la informada aporta una información ingente y desordenada que resulta de difícil interpretación.

Se describe como una *persona incapaz, mermada y sin autonomía personal, prácticamente inválida*:

- Refiere que no puede hacer la compra, ni la comida, ni limpiar, ni planchar, lo cual contradice la información proporcionada por su esposo.
- Que no puede conducir porque se despista.
- Que "se le cae la baba, que no tiene fuerzas, que le flojean las piernas, los brazos" (lo que contrasta con la vigorosa exhibición gestual en las sesiones de exploración). En esta línea, verbaliza que en algún momento tuvo problemas para subir las escaleras, para vestirse o para ducharse (a preguntas sobre posible mejoría explica que "ahora salgo de la bañera sola porque me agarro a la puerta, aunque tengo miedo a caerme").
- Así mismo explica que no ve, no puede leer seguido, no entiende

lo que lee, que ve rallas o bichos y "si pasa de un color a otro ve cosas rojas" (pero paradójicamente reconoce que ocupa gran parte del tiempo resolviendo sopas de letras).

- También refiere problemas de memoria y desorientación espacial (aunque a preguntas se sitúa correctamente y describe el itinerario a seguir para regresar a su domicilio).
- Dificultad articulatoria "porque tiene paralizada la cara", (a tal efecto se realiza un TAC que resulta normal).

En este sentido y a tenor de la observación clínica, reflejar que en algunos momentos aparece un habla "gangosa", si bien la peritada controla la elevación en el tono de voz, la modulación y el énfasis de las palabras, acompañándose de una grosera gesticulación y/o teatralización. En buena parte del tiempo de exploración el habla se normaliza, probablemente porque por relajación cede el control de la conducta simuladora.

- En el plano anímico refiere sintomatología depresiva y tendencia al repliegue sobre sí misma, con actitud fóbica frente a los que le rodean ("tengo miedo a salir a la calle... voy como los tontos con la cabeza agachada porque no quiero ver a nadie"). En la exploración no se objetivan indicadores emocionales o síntomas compatibles,

apareciendo un llanto controlado sin correlato emocional, que cesa rápidamente cuando se le formula otra pregunta. La negativa a relacionarse con los demás o la tendencia al aislamiento y al repliegue sobre sí misma contrasta con el estilo de relación que establece con la perito, en tanto adopta una actitud invasiva tanto en los gestos como en la verborrea expresiva.

- La severidad de la problemática alegada incluye también una transformación de la personalidad (*"ya no soy la misma persona, no sé quien soy"*), lo que probablemente explique el diagnóstico del INSALUD, que alude a "trastornos en la personalidad".
- Por último, con relación a los tratamientos recibidos, refiere y documenta prescripción de anti-depresivos y ansiolíticos (pero a preguntas, duda y no sabe precisar la dosis o las características físicas de los fármacos).

DIAGNÓSTICO DE SIMULACIÓN

En primer lugar y ateniéndonos al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, el caso de estudio se inserta en un contexto médico-legal.

- Existe una marcada discrepancia entre los trastornos o síntomas que la paciente verbaliza padecer y lo que puede objetivarse en la exploración pericial.

- Además la sintomatología descrita resulta imprecisa y desajustada, y no responde a ninguno de los cuadros psicopatológicos que se le han diagnosticado, ni a ningún otro de los manuales diagnósticos al uso, CIE-10 o DSM-IV-TR.

- Por otra parte, no existe proporcionalidad entre los hechos denunciados y descritos por la informada, y el cuadro psicopatológico presuntamente reactivo.

- Así mismo resulta incongruente que no aparezca una progresión o evolución en la sintomatología, después de más de un año de evolución.

- También apoya el diagnóstico de simulación que cuando a Dª Concha, le pedimos que resuma y concrete los motivos que le impiden trabajar (después de haberlos sondeado de forma prolija y detallada), aduzca razones irrelevantes e incongruentes, expresándose en los siguientes términos: *"necesito estar sin dar golpes, sin dar voces, tengo que estar moviendo mucho la boca, necesito un tratamiento"*, olvidando la incapacitante severidad de su "ficticia problemática".

- Por último, cuando al finalizar la entrevista (obviando el "rosario" de problemas y síntomas que acaba de relatarnos), le participamos que no encontramos motivo para demorar su reincorporación laboral, reconoce que efectivamente podría hacerlo, pero no en el último destino que le habían asignado.

Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas, en un caso práctico...

- Entendemos por tanto, que la información recogida es compatible con producción intencionada de síntomas, por motivación o ganancia secundaria (posiblemente evitar la reincorporación al destino laboral asignado, "la choza"). Por lo que emitimos un diagnóstico de SIMULACION Z76.5, (V65.2), según establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR.

REFERENCIAS

- Arce, R., Fariña, F. y Suárez, A. (2006) Estudio del daño psíquico por acoso moral en el trabajo y de la simulación en el contexto legal. Fuente: *INTERPSIQUIS*.
- De la Torre, J.(2004) *El daño psíquico y el daño moral en la valoración psicojurídica*. Comunicación presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica en Red. COP de Madrid.
- DSM-IV-TR (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999) Signos de sospecha en la Simulación de los trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría forense, Psicología Forense y Criminología*. Nº 8 (35-44).
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000) *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Ed. Edisofer, Madrid.
- Hirigoyen, M.F. (1999) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Ed. Paidós.
- Leyman, H. (1996) *Mobbing. La persécution au travail*. Ed. Du Seuil, Paris.
- López,M.A. y Vázquez,P.(2003) *Mobbing, como prevenir, identificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo*. Ed. Pirámide.
- Morán Astorga, C. (2002) El mobbing: persecución o psicoterror en el trabajo. *Capital humano*, nº 151, pág.44.
- Piñuel y Zabala, I. (2001) *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Ed. Sal Térrea.
- Piñuel y Zabala, I. (2007). Acoso psicológico en el ámbito laboral. *INFOCOP*, 2007, 34: 15-17.