



Revista de Historia de la Psicología

www.revistahistoriapsicologia.es



Apuntes para la comprensión del problema de la simulación en contextos diagnósticos. Un esbozo histórico.

Francisco Pérez Fernández

Universidad Camilo José Cela, Villafranca del Castillo, Madrid, España

Francisco López-Muñoz

Universidad Camilo José Cela, Villafranca del Castillo, Madrid, España. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Claudia Martín-Moreno Blasco

Universidad Camilo José Cela, Villafranca del Castillo, Madrid, España

Alba García Cortés

Universidad Camilo José Cela, Villafranca del Castillo, Madrid, España

INFORMACIÓN ART.

Recibido 17 mayo 2016
Aceptado 14 agosto 2016

Palabras Clave
Simulación,
Mentira,
Evaluación Psicológica,
Historia de la Psicología,
Evolución Conceptual

Keywords
Simulation,
Lie,
Psychological Assessment,
History of Psychology,
Conceptual Evolution

RESUMEN

No se profundiza en el tema de la verdad o la falsedad, y tampoco en el dudoso ámbito de la "detección de la mentira", sino en un problema histórico de importantes consecuencias en el campo de la evaluación psicológica y forense. Los especialistas, a lo largo del tiempo, han afrontado el problema de la simulación de diversos modos y trataremos de ver la eficacia de tales metodologías, desvelar los prejuicios científicos existentes en torno a este asunto, y establecer una base de conocimientos que nos permitan determinar en qué sentido las estrategias evaluativas del presente son resultado del pasado. No en vano, la simulación o disimulación de síntomas ha sido una de las estrategias históricas más socorridas para la elusión de responsabilidad, la ruptura de contratos, o bien la consecución de objetivos que podrían considerarse ilícitos.

Notes for understanding the simulation of symptoms in diagnostic contexts. A historical sketch

ABSTRACT

It does not delve into the issue of truth or falsity, nor in the dubious field of "lie detection", but a historical problem of important consequences in the psychological assessment and forensic fields. Specialists, over time, have faced the problem of simulation and deception in various ways and we try to see the effectiveness of such methodologies, uncover existing scientific prejudices around this issue and to establish a knowledge base that allow us to determine in which direction the present psychodiagnostic strategies are the result of the past. Not surprisingly, the malingering of symptoms has been one of the handiest way for circumvention of historical responsibility strategies, breach of contracts, or the achievement of objectives that could be considered illegal.

Introducción

La mentira, en tanto que proceso mediante el cual se simula lo falso o se disimula lo real, es un hecho consustancial a lo humano

en la medida que se relaciona de manera directa con el binomio objetividad-subjetividad. La controversia acerca de si la mentira es un proceso típicamente humano, o bien estaría también al alcance de los animales, en la medida que emplean toda suerte de estrategias

destinadas a alterar las circunstancias reales ha sido tónica en este ámbito. Parece claro que durante la prehistoria la mentira, como parte del dominio simbólico, debió aparecer asociada a las actividades cinegéticas: se oculta a la presa la realidad objetiva, voluntariamente, desde una actitud subjetiva y no prefijada (aguardo, trampeo, reclamo). Esto nos permite detectar uno de los elementos centrales de la mentira propiamente humana y por ello mismo genuina: en tanto que intencional es adaptable, móvil y no sigue pautas fijas (González Fernández, 2006).

En línea con lo precedente, este trabajo trata de penetrar –bien sea de forma tentativa– en el origen y consolidación histórica de un problema cíclico tanto en la psicología y la psiquiatría, como lo es el de la simulación de síntomas clínicos y los problemas diagnósticos y forenses que ello lleva aparejados. Un trabajo que entendemos no se ha realizado de manera concisa hasta el presente y a cuya reflexión más cabal pretende invitar nuestro texto. Especialmente en el momento presente en el que el tema parece haberse puesto “de moda” como lo prueba la multiplicación de publicaciones referidas, genéricamente, a lo que ha dado en denominarse en el contexto anglosajón como *malingering*¹. Por esto hemos utilizado a la hora de encabezarlo palabras como “apuntes” y “esbozo”, en el entendido de que esta tarea no solo es muy ambiciosa, sino también demasiado grande para el contexto de un artículo que, como el presente, tiene más intención de presentar y aquilatar el contexto de un problema harto complejo que limitarse a describirlo o contribuir a su resolución. De hecho, el asunto de la simulación o disimulación de patologías mentales, que aquí nos ocupa en tanto que una de las muchas manifestaciones tradicionales de la mentira, es tan antiguo que ya aparece referenciado en la Biblia. Así por ejemplo en 1 Samuel 21,10-15:

¹⁰ Y levantándose David aquel día, huyó de la presencia de Saúl, y se fue a Aquís rey de Gat. ¹¹ Y los siervos de Aquís le dijeron: “¿No es éste David, el rey de la tierra? ¿No es éste a quien cantaban en los corros, diciendo: Hirió Saúl sus miles, y David sus diez miles?” ¹² Y David puso en su corazón estas palabras, y tuvo gran temor de Aquís rey de Gat. ¹³ Y mudó su habla delante de ellos, y fingió ser demente entre las manos de ellos, y escribía en las portadas de las puertas, dejando correr su saliva por su barba. ¹⁴ Y dijo Aquís a sus siervos: “He aquí, estáis viendo un hombre demente; ¿por qué lo habéis traído a mí?” ¹⁵ ¿Acaso me faltan dementes, para que hayáis traído éste que hiciera locuras delante de mí? ¿Había de venir éste a mi casa?”

Un texto como el precedente muestra que el sedentarismo y la generación de sociedades urbanas, construidas sobre contextos psicosociales, económicos, jurídicos y políticos complejos, convierte a la verdad y a la mentira en instrumentos de relación que las institucionaliza en la práctica social. No resulta, pues, extraño que una de las primeras cuestiones que hubieron de dilucidarse en este sentido fuera, precisamente, la de la naturaleza última de la mentira (León Gómez, 2003; González Fernández, 2006).

Sócrates (469/70-399 a. C.) y Platón (427-347 a. C.) expresaron que la verdad es una relación de correspondencia entre el mundo y los juicios que se emiten sobre él. De tal modo, mentir no sería otra cosa que, dicho sumariamente, confundirse (Catalán, 2014). Sin embargo, la tradición aristotélica, que a la sazón fue la que se terminó imponiendo la vida pública romana tal y como muestran los textos ciceronianos, ofrece una visión más realista del problema: la verdad no es autoimpositiva y la realidad puede falsearse de manera

voluntaria en la medida que ser ignorante es, en todo caso, una opción personal. Así, mentir es un asunto netamente relacionado con la virtud individual ya que el embustero falsea la realidad de suerte más o menos consciente cual le conduce al desacuerdo consigo mismo y, en última instancia, a la infelicidad (*Del supremo bien y del supremo mal*, Libro I, 16-19). Un enfoque pragmático propio de una cultura, como la romana, construida sobre el concepto de la persona jurídica y su responsabilidad legal.

Desde la antigüedad, como vemos, el problema de la mentira se ha relacionado con el ser y la virtud moral, lo cual la vincula muy especialmente con el desempeño de los asuntos públicos. Los dioses, de hecho, fueron siempre los embusteros por antonomasia al ser los únicos que conocían toda la verdad. Su verdadero poder sobre los hombres no era otro, por tanto, que el de mentirles a su antojo para manipular la realidad. Así, pronto quedó claro que solo miente quien verdaderamente puede y que mentir, en el fondo, es el arte de “jugar” con la verdad, lo cual explica el triunfo de prácticas públicas como la retórica o la erística (González Fernández, 2006).

La consecuencia inmediata de un punto de vista como el expuesto es que para el buen gobernante el ejercicio de la mentira no solo era –y es– eficiente, sino también imprescindible. De hecho, más importante que decir la verdad es saber cuándo y cómo mentir. Un valor que debe hacerse extensivo al artista, como bien señaló Aristóteles (384-322 a. C.) en la *Retórica* (Libro II, 1392a-1394a), pues hay ocasiones en las que los ejemplos operan como metáforas –en tanto que “mentiras controladas”– capaces de expresar mayor verdad que el testimonio recto. En consecuencia, la vinculación antigua entre verdad y virtud, así como el juego platónico de analogías entre el discurso y su correspondencia con los hechos siempre han mantenido un vínculo teórico: la mentira es inútil contra quien sabe la verdad, pero muy valiosa contra quien solo cree saberla (González Fernández, 2006).

Lo cierto es que, pese a tratarse de un tema central en el ámbito clínico, solo hay una remota y oscura referencia médica en los textos antiguos a lo que podría ser el asunto de la simulación en el ámbito de la salud. Aparece en los Tratados Hipocráticos, concretamente en *Sobre la ciencia médica* (Hipócrates, ca. siglo III a.C / 1982). Allí se manifiesta que el primer objeto del médico es resolver el dilema sano-enfermo y, por tanto, conocer si el sujeto tiene una enfermedad clara o aparente lo cual no siempre es posible al existir dolencias invisibles a los sentidos y para cuya detección es necesario el testimonio del paciente y la inteligencia del médico. La segunda tarea sería la de obtener un buen pronóstico (Laín Entralgo, 1982).

De hecho, ya hemos visto que el problema de la simulación y la disimulación irrumpió en la Edad Media, vía Roma y vinculado a los asuntos públicos y jurídicos, por lo que se convirtió antes en pretexto para la reflexión filosófica y antropológica que en motivo de otras temáticas. Tal se manifiesta en las *Etimologías*² de San Isidoro de Sevilla (627-630), como vemos en el Gráfico 1, donde los términos *simulatio* y *dissimulatio* se nos presentan como precedentes del mundo del teatro (desde el griego *hipokrisis*) y, por lo tanto, vinculados al fingimiento hipócrita, lo cual los mantiene engarzados a las cuestiones de la vida pública (Carrasco Manchado, 2007).

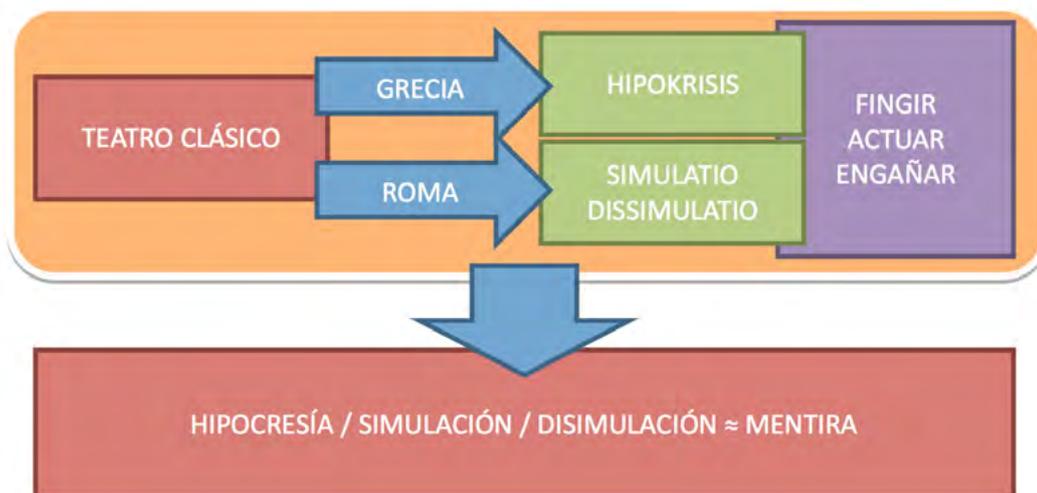
Salud y orden públicos

El cambio fundamental que se produjo en el Medievo, reside en el hecho de que existía una verdad revelada, absoluta e incuestionable que, además, podía ser conocida por el ser humano ya desde la vía racional, ya desde la emocional. De hecho, para conocerla y comprenderla solo se precisaba del acceso a la fe (Uña Juárez, 1993). Con ello, la mentira se ve impregnada de toda suerte de

¹ Literalmente, “enfermedad en proceso”. El concepto hace referencia a la exageración o simulación de síntomas físicos y/o psíquicos a fin de obtener un beneficio material: eludir la asistencia al colegio, escapar al servicio militar, obtener pensiones o compensaciones económicas, eludir la prisión o conseguir una reducción de condena, y etcétera (Rogers, 2008).

² *Etymologiae u Originum sive etymologiarum libri viginti* (627-630).

Gráfico 1.

Simulación y disimulación en las *Etimologías* de San Isidoro (ca. 630 / 2004).

connotaciones teológicas que reformulan el problema en términos de la virtud relacionada con la Revelación. La mentira, sea cual fuere su forma, era ya “apariencia de virtud” y por ello mismo malvada, pecaminosa y pernicioso (Carrasco Manchado, 2007).

Frente a esta idea el buen gobernante, a fin de evitar incurrir en el error o la falsedad, debía dirigir su acción política de manera invariable a fines morales, esto es, a los de la “verdad revelada”. Frente a él todo buen vasallo, siguiendo el ideal agustiniano de la *Ciudad de Dios*³, debía obedecer de suerte natural e indiscutida. Se obtiene de tal modo un código de conducta moral recta y una relación de perfecta simetría con respecto a la mentira. Si el ejercicio de la virtud lleva aparejados el honor y la fama bien merecidas, entonces la simulación y la hipocresía son un medio torticero para obtener recompensas que no se corresponden con mérito alguno. Consecuentemente, los asuntos públicos se verán comprometidos por una disminución de la confianza nacida desde la posibilidad de que el “famoso” o el “exitoso” no sean otra cosa que embusteros. Por ello, los tratadistas españoles del momento, como Antonio García de Villalpando (¿?-1513) o Alfonso de la Torre (¿1410-1460?), insistieron en la necesidad de valorar a la persona antes por sus méritos reales y efectivos que por la fama que se le atribuye, o por los honores que se le prodigan (Carrasco Manchado, 2007).

Por otra parte, los aparatos de seguridad civil son escasos y aún limitados. Coexisten dos modelos proto-policiales -el civil y el eclesiástico-, cada uno de ellos con sus propias necesidades, demandas, recursos y tipologías delictuales (Pérez Fernández, Mampaso Desbrow, González Lozano, Bueno Guerra y Bernabé Cárdbaba, 2012). De hecho, la simulación se transformó en cuestión común al sustanciarse como un problema de salud pública: la mentira social, la mentira moral y la mentira punible adoptaron formas diversas, cada una con su propio procedimiento de valoración, enjuiciamiento y castigo específicos. Así, desde la herejía a la estafa, pasando por la hechicería, el curanderismo, la brujería, la mendicidad o el vagabundeo, se abrió paso a una nueva concepción de la mentira relacionada estrechamente con sus repercusiones jurídicas, legales y asistenciales (Geremek, 1991).

La brujería es el delito que mejor ejemplifica esta transformación en tanto que “inventado” de manera específica durante la Edad Media (Robbins, 1988). De hecho “brujería” es una categoría criminal construida por la propia Iglesia para definir un tipo especial

de herejía –o crimen moral- consistente en “vender” el alma al diablo para obtener determinada clase de poderes o prebendas como contrapartida. La hechicería, frente a ello, mantenía una calificación criminal más leve por cuanto se entendía que en este caso el hereje no era partícipe de un delito moral pues a menudo obraba conducido por simple ignorancia o superstición. Fue por ello que entretanto las inquisiciones europeas se lanzaron a una brutal persecución de brujas, la española, idiosincrásica, que funcionaba a la manera –y permítasenos la licencia- de una “policía política”, mostró por lo general una fuerte resistencia a introducirse en esta cuestión (López-Muñoz y Pérez Fernández, 2015).

Nos interesa destacar, en todo caso, que el asunto de la brujería fue el que permitió recuperar y trabajar el tema de la simulación en ámbitos remotamente “forenses”. Ni que decir tiene que los criterios “médicos” para la detección de la brujería eran por lo común un fraude devenido de las propias características peculiares tanto del “crimen” como de los “criminales” a estudiar, por cuanto no existían cuadros nosológicos que permitieran elaborar algo parecido a un diagnóstico más allá de los diseñados por los propios inquisidores a partir de supersticiones e interpretaciones torticeras de los textos bíblicos (López-Muñoz y Pérez Fernández, 2015). Además, sucedía que los supuestos especialistas cobraban por cada caso positivo a la par que, en su trabajo, se apoyaban en textos de otros que como ellos mismos jamás habían asistido a casos de brujería “reales”, lo cual ha permitido establecer la idea de la brujería como crimen “libresco” (Lara Alberola, 2012).

En esta línea, frente al clásico concepto de la “marca de bruja”, se manifestó el médico personal de Guillermo de Cleves, Johann Weyer –Wier o Vierus- (1515-1588) quien, aun creyendo en su existencia, sostenía que sus colegas solían emitir acusaciones de brujería con excesiva ligereza, amparados en síntomas difusos, y una frecuencia a todas luces exagerada (Weyer, 1568). Argumentaba, de tal modo, que había muchos médicos ineptos que atribuían cualquier enfermedad incurable o cuyo remedio desconocían, así como marcas corporales extremadamente comunes como lunares o verrugas, al concurso de la brujería. Una praxis “profesional” muy extendida que en la mayor parte de los casos ocultaba la propia ignorancia del “especialista” a la par que permitía ganar un buen sueldo (Pérez Fernández, 2005).

Mención especial requieren en este contexto –el de la conversión de la mentira en un problema de “salud pública”-, la proliferación en toda Europa de una nueva casta social masiva, la del mendigo-

³ *De civitate Dei contra paganos* (412-426).

vagabundo profesional que no sólo vivía a través del embuste sino que, además, se encontraba perfectamente organizada y generaba en muchos lugares incluso orgullo de pertenencia (Geremek, 1991). No menos relevante fue la aparición en 1513 de *El príncipe*, de Nicolás Maquiavelo (1469-1527), obra en la que la simulación y la disimulación se transforman en herramientas fundamentales para el ejercicio del poder (González Fernández, 2006).

La proliferación de estos nuevos personajes sociales provocó la aparición de un corpus jurídico-literario, primeramente organizado en torno a diferentes ordenanzas locales, pero luego elevado de manera paulatina al rango de materia de estudio psicosocial (ver Tabla 1). Debemos significar que, paradójicamente, entretanto la “mentira regia” era contemplada en todas partes como un mal necesario para el buen ejercicio del poder, en tanto que manifestación de prudencia (Carrasco Manchado, 2007), la mentira supervivencial del populacho se contemplaba como un delito infame (Geremek, 1991). Entiéndase que el Renacimiento ha roto con la idea de la verdad revelada única e indiscutible, lo cual ha generado un nuevo criterio “práctico” –de uso- de la misma⁴.

Tabla 1.

Selección de textos y ordenanzas que empiezan a tratar el tema de la mentira, la estafa y la simulación como evento relativo a la “salud pública” y el bienestar ciudadano.

Documentos de Basilea (Anónimo, ca. 1430 o 1444).

Listas de Dijon (Jean Robustel, 1455).

Speculum Cerretanorum (Girolamo Santucci, 1485).

Les propos rustiques (Noël du Fail – 1547).

Descripción de Inglaterra (William Harrison, 1577).

A finales de la Edad Media el aparato policial era harto limitado en todas partes y, de hecho, el propio concepto de “policía” opera aquí como un anacronismo (Geremek, 1991). Sólo con la llegada de la modernidad las nacientes policías occidentales comienzan a ver aumentados sus efectivos e intereses en materia de vigilancia y represión, pues solo ahora importa la idea del “orden público”, concepto que, como vemos, empieza a tener sentido a finales del siglo XIV. No obstante, no todos los lugares tenían una policía en cuanto tal y, por lo común, ésta solía aparecer desde la iniciativa limitada de las monarquías o a instancias de iniciativas ciudadanas particulares. En ambos casos, la inspiración para la conformación de estas protopolicías se encuentra en los modelos diseñados por la jurisdicción eclesiástica para la persecución de la brujería y la herejía en cualquiera de sus formas. Ejemplo perfecto de ello lo tenemos en España con la Santa Hermandad, instituida por Isabel La Católica (1451-1504) en las Cortes de Madrigal de 1476 y que, a grandes rasgos, podría considerarse la primera “policía” organizada de Europa (Turrado Vidal, 2007).

Si tenemos en cuenta que uno de los primeros criterios de la época para catalogar a las personas era su habilidad en el trabajo –su capacidad productiva-, se comprende que la consideración legal y social de los vagos y los vagabundos fuera extremadamente negativa al ser considerados, por lo común, simuladores y estafadores que se valían del fingimiento de toda clase de enfermedades y heridas con

las que accedían de suerte tramposa a las dádivas y espacios que la sociedad reservaba a los auténticos mendigos, por lo común impedidos genuinos, tal y como ya manifestara Cristóbal Pérez de Herrera (1558-1620) en 1598 (Geremek, 1991; Carreño Rivero, 1997). Así se entiende que las legislaciones locales distinguieran de manera muy clara entre sujetos válidos e inválidos, mostrándose terriblemente duras con quienes perteneciendo al primer grupo, trataban de hacerse pasar por gentes del segundo. Así es como adquiere sentido, por ejemplo, el malestar que Miguel de Cervantes (1547-1616) solía expresar en sus obras hacia gitanos, titiriteros, bardos, hechiceros, pendencieros y etcétera que, en realidad, no era otra cosa que expresión del estado de cosas vigente en aquellos días:

Por esto hay tantos titiriteros en España, tantos que muestran retablos, tantos que venden alfileres y coplas, que todo su caudal, aunque lo vendiesen todo, no llega a poder sustentarse un día; y con esto los unos y los otros no salen de los bodegones y tabernas en todo el año; por do me doy a entender que de otra parte que de la de sus oficios sale la corriente de sus borracheras. Toda esta gente es vagamunda [sic.], inútil y sin provecho, esponjas del vino y gorgojos del pan (Cervantes, 1613/2005, p. 94).

Merece una mención especial en este contexto la figura de Ambroise Paré (1510-1590), médico y cirujano militar que escribiera un célebre tratado sobre monstruos y monstruosidades, *Des monstres et prodiges* (1573/1971), en el que se hizo eco del trabajo descriptivo de sus predecesores, como Noël Du Fail (1520-1591), o de su propio hermano –otro cirujano afincado en Bretaña- para acusar a los “malvados mendigos” de introducir la monstruosidad entre los hombres. La importancia del testimonio de Paré es incuestionable en la medida que uno de los pocos médicos de su tiempo que se animaron a escribir informes de primera mano sobre estas cuestiones fronterizas. De hecho, elaboró una detallada descripción de las técnicas de las que se valían para simular toda clase de dolencias y timar a la gente, así como de los castigos que recibían cuando eran descubiertos⁵.

El advenimiento de la profesión médica

Trabajos como los de Weyer o Paré, nos inducen a plantearnos la cuestión del estado general de la profesión médica hasta los comienzos de su consolidación profesional e institucional en el siglo XVIII. En lo que a nuestro tema respecta –la confiabilidad del diagnóstico clínico- encontramos que durante siglos hubo una carencia endémica de médicos oficiales, criterios nosológicos comunes, colegios organizados y profesionales bien formados. El curanderismo era actividad común en la época y a menudo pasaba por práctica respetable, e incluso socioculturalmente bien considerada, que muchos facultativos tampoco desdeñaban a la hora de ganarse la vida. Un caso claro: la obstetricia solo comenzó a ser contemplada como profesión en España

⁵ Paré se refiere a la práctica de adherirse al hombro brazos gangrenados previamente amputados a otros enfermos, o bien brazos de reos ahorcados que eran cercenados a los cadáveres expuestos en cruces de caminos y picotas para, con posterioridad, exhibir muestra de terribles dolencias a fin de conseguir limosnas. Había mujeres que fingían úlceras con esponjas mojadas en leche y sangre; hombres que simulaban tener la lepra untándose diferentes partes del cuerpo con cola; y otro largo rosario de enfermedades, patologías y estados fingidos: ictericia, ceguera, embarazos y etcétera. También era común practicar mutilaciones a los niños para poder pedir con ellos, e incluso para que pudieran ganarse la vida sin trabajar una vez alcanzada la edad adulta. De hecho, Paré explicaba que los vagabundos, estafadores y mendigos solían probar y experimentar con diferentes técnicas para generar enfermedades simuladas hasta que daban con la que les reportaba mayores beneficios en determinada localidad o región. De tal modo su discurso, a medio camino entre el diagnóstico médico y la crítica social y moral, refleja una profunda hostilidad hacia los mendigos profesionales muy extendida en su tiempo y que, en buena medida, retrasó la consolidación de las políticas asistenciales (Paré, 1573/1971; Geremek, 1991).

⁴ Esto motiva que, de súbito, la disimulación (ocultar cosas) ya no esté tan mal vista como la simulación (falsear cosas). Históricamente, la disimulación se ha venido vinculado al concepto greco-latino de prudencia (phronesis). Tanto de manera subjetiva, como de forma objetiva, parece menos reprochable callar a mentir (Acetto, 1641/2005). Una idea que calará de manera muy honda en el ámbito de la salud y de la justicia, al punto de que aún permanece entre nosotros y se ha convertido en moneda de cambio habitual. Merece mejor concepto, ya sea en el ámbito público como en el jurídico o en el médico, quien oculta o escamotea hechos y síntomas que quien directamente los falsea. El que calla, en fin, siempre parece menos mentiroso que el que habla (Martínez Selva, 2005; Ekman, 2009).

a partir de 1448, si bien no como parte de la actividad propiamente médica, sino como trabajo regulado de las matronas. De hecho, solo comenzó a contemplarse como una especialidad aceptada en la mayor parte de Europa a partir del siglo XIX. Hasta entonces, se consideraba una práctica doméstica y/o asistencial y, con ello, territorio exclusivo de parteras y comadronas que en esta materia aventajaban de suerte notable a los médicos (Gallego-Caminero, Miró-Bonet, Ferrer de San Jordi y Gastaldo, 2005).

Hay que entender que las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad proporcionadas por curanderos y sanadores resultaban más comprensibles para el vulgo, pues sintonizaban mejor con sus puntos de vista al relacionarse con creencias ancestrales, muy extendidas y fuertemente arraigadas. Sucedió, además, que las arcaicas teorías humorales dominaban el escenario médico-psiquiátrico y tardaron muchos años en ser desbancadas como explicación de los procesos orgánicos por cuanto es conocido que la revolución científica que había alcanzado a las ciencias físicas, y que generó un fuerte desarrollo de la comprensión anatómica del ser humano, aún tardaría siglos en consolidarse en otros ámbitos biológicos (López-Muñoz y Pérez Fernández, 2015).

De hecho, las propias universidades confundían los límites entre la cultura popular y la cultura de élite, y tampoco discernían con rigor entre práctica y profesión. Casos preclaros de estas disfunciones los encontramos en la astrología o la alquimia, asignaturas formales en muchos centros académicos (López-Muñoz y Pérez Fernández, 2015). De hecho, astrología y alquimia fueron prácticas comunes hasta bien entrado el Siglo de Oro como disciplinas integradas en el repertorio académico y profesional de muchos especialistas, e incluso fomentadas desde el propio Estado⁶. En tal sentido, las posturas racionalistas, durante los siglos XV y XVI, eran más cosa de élites intelectuales, técnicos muy formados y humanistas que hecho extendido entre las gentes que cabría considerar *cultas*. Los ámbitos rurales continuaban anclados en las viejas creencias, lo cual motivó que existiera una fuerte brecha entre las cosmovisiones de las gentes letradas e iletradas. La mayor parte de los trabajadores manuales, aún en el supuesto de que supieran leer, no solían hacerlo. Frente a ellos, los técnicos, bachilleres y licenciados suponían una minoría que, no obstante y salvo singulares excepciones, tampoco se veía librada de un buen bagaje de supersticiones fuertemente enraizadas en el imaginario colectivo (Sánchez Gómez, 1988).

Sucedía, además, que la religión tenía enorme peso social y político que arrastraba muchas manifestaciones de la vida pública, al punto de que incluso se arrogaba el papel de determinar qué prácticas médicas eran “verdaderas” y cuáles meras “supersticiones”. Esto motivaba que la población, sobre todo la de los núcleos rurales, tuviera entre sus referentes culturales toda suerte de planteamientos de hondas raíces esotéricas. Además, y el hecho no era ajeno a los inquisidores, sucedía que a menudo los propios clérigos rurales eran tan ignorantes y supersticiosos como su propio rebaño, lo cual motivaba que no pocos de ellos cayeran en la trampa de la superchería, ya fuera para sumarse secretamente a su causa como para sustentar acusaciones extravagantes y poco fundamentadas (Caseda Teresa, 1998).

Esta cosmovisión, a medio camino entre la ignorancia y el interés ideológico, generó curiosas asimetrías “forenses” que afectaron enormemente a la comprensión diagnóstica del problema de la simulación. Teóricamente, por ejemplo, no era posible condenar

a un reo que estuviera “loco”. Así lo establecían los reglamentos inquisitoriales sin ir más lejos y por ello era cosa habitual que el Santo Oficio decidiera exculpar o simplemente imponer penas menores a aquellos reos de cuya cordura se sospechase. Cabría pensar, pues, que la Inquisición sería la primera interesada en que el trabajo de los médicos fuese eficaz en este ámbito, pero nada más lejos de la realidad. De hecho, la persistente indefinición sirvió a las Autoridades eclesiales para manejar esta posibilidad con manga ancha, dependiendo de la oportunidad política de tratar de un modo u otro a los reos que resultaran especialmente molestos (Szasz, 1970; Tropé, 2010).

Más aún, dado que la locura operaba como un eximente de primer orden en las causas inquisitoriales, no tardaron en comenzar a producirse suspensiones y absoluciones por este motivo, con lo que la demencia se convirtió en un elemento que los tribunales del Santo Oficio manejaron discrecionalmente, ya fuera para quitarse una causa incómoda de encima –cosa que ocurrió en múltiples acusaciones de brujería así como en los muy comunes episodios de “fervor profético”⁷–, ya fuera para justificar la supuesta herejía con la finalidad de hacer pasar a sus protagonistas por endemoniados (Szasz, 1970; Pérez Fernández, 2005; Tropé, 2010).

De las instituciones asistenciales a la medicina forense

En un contexto como el arriba descrito empieza a convertirse en común, especialmente a causa de la política de caridad pública emprendida por las diferentes órdenes monásticas y algunos gobiernos locales, la presencia de instituciones asistenciales que nacen y se multiplican en diferentes ciudades europeas destinadas a paliar la enorme precariedad de los tiempos. Pero su aparición planteará bien pronto el problema de la diferenciación entre los auténticos necesitados y los simuladores que plagan la vida urbana. Ya vimos que el principal matiz diferenciador entre unos y otros será, en general y salvo particularidades locales, el de la aptitud del supuesto pobre para el trabajo. Así, las legislaciones municipales y nacionales europeas comienzan a separar a “los necesitados” por categorías (Geremek, 1991):

- Sujetos de baja condición, en general.
- Sujetos que viven de empleos en actividades artesanales o en el trabajo agrícola.
- Pobres: Aquí se establece una diferencia entre los sanos de cuerpo (vagabundos, pícaros, timadores), y los verdaderamente inhabilitados para el trabajo por auténticas taras físicas (o auténticos mendigos).

Los pícaros, vagabundos, timadores y caraduras, organizados por lo común en torno a gremios al igual que el resto de los profesionales de su tiempo, desarrollaron para mantenerse a flote frente a esta intromisión de la sociedad en sus prácticas, una verdadera “psicología mercantil” basada en la simulación y la disimulación, que era necesario conocer para ejercitar el trabajo de vivir del cuento con eficacia, y sin temor a ser detectados y castigados. Así por ejemplo, Mateo Alemán

⁷ Siendo bastante común a lo largo de diversos periodos históricos y con fines variados, el llamado “fervor profético” –o la idea de tener un contacto directo con la divinidad que convertía al sujeto en un “transmisor” de las ideas del mismo Dios– alcanzó cotas de habitualidad ciertamente altas a lo largo del Renacimiento y del Barroco. Lo interesante en este caso es que la Inquisición hubo de manejar con sutileza estas situaciones, cuyos protagonistas eran a menudo sacerdotes, monjes, frailes y otros personajes supuestamente iluminados que alcanzaban cierta repercusión social– pues la propia doctrina teológica establecía que esta clase de eventos eran muy posibles. Dado que muchos de estos “profetas” arremetían en sus alegatos místicos contra la doctrina oficial de la Iglesia, uno de los recursos más comunes de los tribunales inquisitoriales fue el de considerarlos “locos” o “alienados” antes que herejes. Con ello no solo desacreditaban el mensaje y podían quitar de la circulación al interfecto, sino que además se evitaban la enojosa tarea de entrar en farragosos debates para fundamentar una posible causa por herejía contra el fervoroso (Tropé, 2010).

⁶ Resulta paradójico que, al mismo tiempo que la Iglesia impuso diferentes condenas a practicantes de la alquimia, la propia Corona española mostrase un interés especial en la misma, lo cual es una muestra de la arbitrariedad con la que los tribunales inquisitoriales se conducían a la hora de emitir sentencias. Conocido es el hecho de que Felipe II –conocido por su empeño en la persecución de la herejía– dotó al monasterio de El Escorial de un importante volumen de tratados alquímicos a la par que financió experimentos destinados a la búsqueda de la transmutación de los metales en oro. No obstante, los sucesivos fracasos hicieron que hacia 1550 su interés en el tema declinase (Sánchez Gómez, 1988).

(1547-1614) relata que cuando Guzmán de Alfarache es instruido en su oficio por un vagabundo de larga profesión, recibe una serie de instrucciones muy precisas acerca de cómo conducirse para alcanzar el éxito “profesional” (Alemán, 1599/2005)⁸:

- No llamar a las puertas con demasiada insistencia, ni abrir las que se encuentren cerradas.
- Pedir limosna con humildad.
- No reír a menudo ni dejar de gemir o lamentarse a la menor ocasión.
- Vestir con ropa remendada y/o harapienta aunque se posea ropa nueva.
- Simular toda suerte de enfermedades (lepra, hacerse falsas heridas, provocarse hinchazones y deformidades en las extremidades, sordera, ceguera y etcétera).
- No simular dos enfermedades diferentes en el mismo lugar y en un escaso plazo de tiempo (podrían ser reconocidos como estafadores).
- Conocer un buen surtido de plegarias, historias, trucos medicinales, añagazas y requiebros.
- Ayudarse de niños cuando sea posible (si tienen alguna clase de tara física, mejor).
- Sobornar a los médicos cuando las simulaciones son descubiertas.

Un compendio de recomendaciones y tretas de parejo estilo puede encontrarse también en otros textos picarescos europeos posteriores, como *El aventurero Simplicissimus* (Grimmelshausen, 1669/2008), lo cual nos da una idea de la extensión de la cuestión. De hecho, el Renacimiento y el Barroco, como nos muestra el éxito de la literatura picaresca y el triunfo de los textos éticos y políticos que incitan a la simulación en los asuntos públicos, es pesimista con respecto al valor de la verdad pues la mentira, especialmente desde Maquiavelo, parece haberse convertido en algo habitual y necesario para la vida pública. Piénsese que el pícaro es mentiroso precisamente porque es realista: si la *verdad universal*, revelada e incuestionable es impostura como ha quedado claramente demostrado tras el giro copernicano y el derrumbe de la *Ciudad de Dios*, y al final todo el mundo trata de falsear la realidad para sacar provecho de las situaciones, lo que importará en última instancia será imponer verdades parciales –del día a día– para salvar las circunstancias (González Fernández, 2006).

El avance de la Modernidad que persigue el Barroco, por su parte, complicará aún más la práctica de la mentira al dar la vuelta al problema. El método científico se ha impuesto y alumbrará con enorme fuerza rincones de la existencia que durante siglos permanecieron en penumbra, pero solo lo ha logrado por la vía de objetualizar la realidad, de sacar al ser humano de la misma para convertirlo en un mero observador. La consecuencia es que ya no vale simplemente con mentir, sino que hay que confundir la evaluación subjetiva de quien observa los hechos. Por esto será necesario “arreglar las cosas”, modificarlas lo suficiente como para sesgar la realidad o, por mejor decir, falsificarla desde los mismos hechos a fin de facilitar interpretaciones arteras y retorcidas⁹. Con ello, la mentira directa ha sido reemplazada por la mentira torticera (González Fernández, 2006; Catalán, 2014).

⁸ Signifiquemos, por cierto, que Mateo Alemán mantuvo contacto al menos epistolar con Pérez de Herrera, de quien debió extraer sustanciosa información para componer su novela (Geremek, 1991).

⁹ El conocido como “efecto Desdémona” pues esto es justamente lo que hace Yago con Otelo en la tragedia shakesperiana: manipular su percepción subjetiva de los actos de tal suerte que todo cuanto hace su esposa, por virtuoso que sea *de facto*, es reinterpretado por su celoso marido como una muestra más de infidelidad. Y así, cuanto más proclama Desdémona la verdad de su inocencia, más culpable se torna a causa de la manipulación torticera de Yago: “Perderé este pañuelo donde vive Casio, y haré que él lo encuentre. Insignificancias ligeras como el aire son para los celosos confirmaciones tan sólidas como pruebas de la Sagrada Escritura. Esto puede servir para algo. El Moro ya está cambiando con mi veneno: las ideas peligrosas son venenos por naturaleza, que al principio apenas resultan desagradables al gusto, pero a poco que actúen en la sangre, arden como las minas de azufre” (Shakespeare, 1664/1994, p. 291).

Con el discurrir del siglo XVIII tiene lugar un cambio de enorme relevancia en la consideración del delito. No es sólo que la caza de brujas haya entrado en el ámbito de la marginalidad jurídica, sino también que el resto de los delincuentes *comunes* (vagos, vagabundos, ladrones, mendigos, prostitutas, y etcétera) comienzan a ser vistos desde un prisma pretendidamente humanitario que da pie a una proliferación sin precedentes de instituciones asistenciales. Con anterioridad a este momento, el grueso del cuerpo social estimaba que:

el aumento de las cabezas de ganado es útil, mientras que la superpoblación es sólo una fuente de perjuicios. Este razonamiento [...] fue uno de los argumentos a favor de la hostilidad de las clases pudientes en lo que al desarrollo de las instituciones caritativas y de asistencia social se refiere. Representa, por otra parte, la justificación ideológica de la literatura en contra de los vagabundos y una definición de las causas de las *innobles costumbres* de los mendigos (Geremek, 1991, p. 156).

La reversión paulatina de esta mentalidad, sumada a la nueva idea del crimen como problema de salud pública, contribuyó en gran medida al nacimiento de instituciones sociales destinadas a la atención de los más desfavorecidos. Desde hospitales mentales a instituciones de caridad pasando por toda suerte de dispensarios. Pero en el fondo nada cambia pues, como acertadamente manifestó Michel Foucault (1926-1984), ello sirvió tan sólo para poner en marcha una política de encierro a gran escala de los supuestos dementes (Foucault, 2001).

En 1656, Luis XIII de Francia (1601-1643) promulgó un decreto que significó el principio de una cascada de reformas en esta dirección en el resto del continente. Nacerán así, a imagen y semejanza del hospital londinense de St. Mary of Bethelhem¹⁰ al que hicieran famoso las conocidas representaciones artísticas de William Hogarth (1697-1764), las dos celebérrimas instituciones mentales de París: La Bicêtre y La Salpêtrière (Pérez Fernández, 2005). Las normas de admisión de ambos hospitales, que entraron en vigor en 1680, indicaban que:

los hijos de artesanos u otros habitantes pobres de París, menores de veinticinco años, que abusaran de sus padres o se negaran por holgazanería a trabajar, o, en el caso de muchachas, que hubieran sido prostitutas o estuvieran en peligro evidente de serlo debían ser encerradas. Esta medida debía ser tomada a petición de los padres o, en el caso de que estos hubieran muerto, de los parientes cercanos o del párroco (Rosen, 1963, p.233).

Ni que decir tiene que las personas sometidas a esta práctica podían dejar su reclusión cuando las autoridades médicas y el director del centro estuvieran de acuerdo en ello, cosa que raramente sucedía (Domènech, 1991). Obviamente, esto no significa que no hubiese auténticos dementes entre los habitantes de estas instituciones, sino, más bien, que la inmensa mayoría de sus asilados no lo era en absoluto. Desde luego, este estado de cosas no sólo se daba en Francia sino que suponía una tendencia general tanto en Europa como posteriormente en los Estados Unidos a la hora de regular el funcionamiento de esta clase de centros (Pérez Fernández, 2005; Yanni, 2007).

Nada tiene de sorprendente que sea en este contexto de consolidación del derecho moderno, de los cuerpos policiales del presente, de los servicios de información y de, en definitiva, la búsqueda activa de verdades que aparezca la medicina legal con Paolo Zacchia (1584-1659) y la publicación de sus *Quaestiones Medico-Legales* (1621-1651), texto que, durante décadas, será manual de

¹⁰ Fundado en 1247 como asilo para pobres por Simon Fitz Mary, Sheriff de Londres, el *Bedlam* (así llamado en atención al sonido de la pronunciación popular de la palabra “Bethelhem”) adquirió el grado de *Royal Hospital* en 1375, y sería reconvertido finalmente en manicomio en 1405. Precisamente por ello puede ser considerado como la primera institución de carácter psiquiátrico de Europa, ya que la más cercana en el tiempo fue fundada en Valencia, en 1409, por Fray Juan Gilaberto Jofré (1350-1417).

referencia en la materia, pero en el que el tema de la simulación-disimulación de patologías mentales se abordará desde un enfoque tradicional, en el que se parte de la idea de que existen casos reales, pero infrecuentes, en los que el clínico no encuentra nada anómalo en el paciente explorado (Lain Entralgo, 1982). Así, deberá decidirse entre tres posibilidades:

1. El paciente está realmente enfermo, pero su problema es más de carácter mental (o psicológico) que orgánico.
2. El paciente finge (simula) estar enfermo, pero no lo está realmente.
3. El paciente no finge ni es un enfermo, pero la patología está latente en su organismo y tarde o temprano se manifestará¹¹.

Sea como fuere, y aquí radica el fondo del problema que ni Zacchia ni sus sucesores serán capaces de abordar con garantías, la simulación es siempre y en todo caso una creencia del clínico, pero nunca una certeza apoyada en evidencias incuestionables. La dificultad, pues, será precisamente esta: determinar cuánto interviene el paciente de manera consciente en su enfermedad.

La psiquiatría y la medicina legal, sobre todo a partir de la aportación de Philippe Pinel (1745-1826) y sus sucesores, enraizó con gran fuerza en los entornos médicos franco-belga y anglosajón. De hecho, entre 1800 y 1850, en apenas unas décadas, la cantidad de tratados que se publican sobre la materia se multiplicará. Al mismo tiempo, las referencias a aspectos legales en las enciclopedias médicas también crecerán exponencialmente, como muestra el trabajo de Geller, Erlen, Kaye y Fisher (1990), en el que se realiza una exhaustiva recopilación y organización por temáticas y objetivos de los trabajos en este ámbito publicados en los Estados Unidos a lo largo del siglo XIX.

La revisión de Louis Fallot

A los efectos prácticos de este artículo nos interesa centrarnos en este punto en la figura del médico franco-belga Salomon-Louis Fallot (1783-1873), en la medida que autor de un tratado para el reconocimiento de soldados y quintos que goza de la notable peculiaridad de compendiar buena parte del conocimiento médico-psiquiátrico relacionado con la simulación y disimulación en entornos clínicos que se manejaba en este momento. Nos referimos al texto titulado como *Memorial de l'expert dans la vissime sanitaire des hommes de guerre* (Bruselas, 1837)¹².

Pese a tratarse de un personaje de cierta relevancia, especialmente en el campo de la medicina militar, la vida de Fallot ha sido poco referenciada en la literatura, por lo que habremos de conformarnos aquí con los escasos detalles biográficos que nos aporta la página web de la Académie Royale de Médecine de Belgique¹³, a la que ingresó como miembro en 1841, y de la que llegaría a ser presidente en dos ocasiones: 1841, así como el periodo comprendido entre 1856 y 1860. Nacido en La Haya y fallecido en Bruselas, Fallot llegó a convertirse en Médico Jefe del Ejército Belga, ejercicio que le valió reconocimientos como la Orden de Leopoldo o el título de Caballero de la Legión de Honor.

El hecho es que a lo largo de su desempeño profesional, Fallot se encontró en la necesidad de homogeneizar el proceso de selección de reclutas, y a ello dedicó la obra que aquí nos ocupa. Observó, por lo demás, que determinadas incidencias, simulaciones, fingimientos, disimulaciones e indefiniciones diagnósticas, que tanto podían atribuirse a la impericia o inexperiencia del médico como a las artimañas del candidato a soldado –bien fuera para evitar su reclutamiento como para precisamente conseguirlo a pesar de sus

dolencias-, tendían a repetirse con cierta regularidad durante las exploraciones médicas. Se hacía por tanto necesario profundizar en el tema a fin de ofrecer al especialista una guía práctica que le permitiera establecer criterios más o menos objetivos justo allá donde las cosas comenzaban a tornarse imprecisas.

A la hora de determinar la veracidad de los males que los reclutas argüían durante su exploración, y como consejos que debieran guiar la praxis del profesional a la hora de vencer la resistencia al reclutamiento de los simuladores, Fallot propone en su texto las siguientes medidas:

1. El médico “estará siempre prevenido, y se inclinará siempre a suponer más bien la ficción que la realidad” (p. 207).
2. “Se examinará si la afección alegada es de aquellas que pueden imitarse” (p. 207).
3. Se tratará de averiguar si la enfermedad que el individuo alega es de aquellas a las que debería estar naturalmente expuesto (criterio ambiental).
4. Se observará el testimonio del sujeto sobre la evolución de su enfermedad, y se compararán los síntomas que describa con los propios de la dolencia.
5. Distraer al sujeto a fin de inducirle a realizar actos que no podría hacer si estuviera realmente aquejado de la enfermedad que alega (argucia psicológica).
6. Observación cuidadosa y constante de su conducta (comunicación no verbal).
7. Someter al sujeto a las pruebas que sea necesario cuando se sospeche de simulación: “uno no puede convencerse por la vía de la dulzura y la persuasión” (p. 209).

En caso de patologías mentales, y en atención a la literatura existente y los dudosos criterios nosográficos, la cosa se mostraba más complicada, pero Fallot, en su obra, propone la elaboración de una anamnesis que tenga en cuenta los siguientes elementos de juicio:

1. Informes y testimonios externos (familiares, vecinos y Autoridades), teniendo muy en cuenta que a menudo no son fiables y pueden estar confabulados con el paciente.
2. Cuidado con el ego. El médico no debe pretender bajo concepto alguno que a él no se le puede engañar.
3. Diferenciar escrupulosamente al simulador del disimulador y excluir sistemáticamente al segundo. Debe tenerse en cuenta que el disimulador tratará de ocultar su dolencia a fin de ser reclutado, lo cual podría devenir en nefastas consecuencias.
4. Si existe sospecha de simulación, insistir durante varios días siempre que sea posible, pues no se pueden sostener muchos de los síntomas que se simulan durante periodos prolongados de tiempo.
5. Las pruebas grafológicas –hoy diríamos que “proyectivas”- a menudo son útiles para establecer la personalidad del simulador.
6. Observar con sumo cuidado la comunicación no verbal del paciente.
7. Prestar atención a elementos coadyuvantes como posibles consumos –alcohol, drogas- la herencia y/o posibles eventos traumáticos.
8. Observar su conducta sexual, su vida laboral y su formación.

En cuanto a las patologías que más suelen simularse durante los reconocimientos, Fallot aporta las siguientes:

1. *Manías*. Por lo común, los simuladores olvidan el componente ciclotímico que las caracteriza y, además, son incapaces simular los trastornos del sueño que las acompañan.
2. *Monomanías o delirios exclusivos*. La conocida “nostalgia” o “enfermedad del país” que en España caracterizamos de manera muy gráfica como “morriña”.
3. *Imbecilidad*. Muy fácil de fingir. Si el simulador es bueno, explicaba Fallot, es muy difícil de descubrir. Solo es posible detectarla con eficacia en casos de inducción por consumo de tóxicos, pues al desaparecer el efecto de los mismos el sujeto tiende a retornar a su estado psicológico habitual.

¹¹ Lo que Feinstein llamaría “estado lantánico” (Lain Entralgo, 1982).

¹² Existe una edición crítica en español de la obra, traducida y comentada por Ramón Hernández Poggio (1823-1880), y titulada *Vade-mecum del médico militar en los reconocimientos de soldados y quintos* (Granada, 1859). Este es el texto de referencia que utilizamos aquí.

¹³ <http://www.arms.be/index.php?id=655>

4. *Epilepsia*. Es rara y no se puede diagnosticar por el aspecto del paciente, solo por los accesos. En este caso, explicaba Fallot recurriendo a la literatura, el paciente no puede fingir la hiposensibilidad por lo que puede descubrirse al simulador mediante aplicación de dolor controlado. También suelen destacar en los simuladores la falta de lesiones corporales producidas durante las crisis convulsivas.
5. *Convulsiones*. Se descubre con facilidad por la falta de rigidez muscular, que es refleja.
6. *Dolores varios*. Difícil de descubrir, pero Fallot estima que en este caso debe operar la inteligencia del médico ya que se podría desentrañar al simulador mediante argucias psicológicas y una observación prolongada.

Desarrollos ulteriores

Sorprende darse cuenta de lo poco que avanzará la etiología y detección de la simulación en contexto clínico tras las aportaciones antes reseñadas de Fallot, más allá de lo meramente descriptivo y terminológico, generándose, a medida que avanzan los conocimientos psicológicos y psiquiátricos, toda suerte de clasificaciones más o menos complejas en torno al problema que, no obstante, siguen sin resolver del todo los aspectos más controvertidos de la cuestión. Así por ejemplo, y citando algunas de las clasificaciones más conocidas y difundidas entre los especialistas durante la primera mitad del siglo XX, nos encontramos con las realizadas por Antoine Porot (1876-1965) en relación a los trastornos mentales (1918, 1952/1977); la construida por Vallejo-Nájera (1930) a partir de la personalidad del simulador; y, en última instancia, la desarrollada por Utitz (1950). Todas ellas se

resumen en la Tabla 2. Tampoco es desdeñable el aporte de autores como José Ingenieros (1877-1925), quien contribuirá a la introducción del tema de la simulación de trastornos mentales en el ámbito criminológico con éxito limitado (Ingenieros, 1904/1967), por cuanto la naciente psicología del testimonio, desde sus inicios, se convirtió en una rama de la psicología experimental y se relacionó de manera inmediata con los contextos policiales y jurídicos, centrándose antes en materias como la credibilidad de los testigos, la exactitud de sus declaraciones u otras cuestiones de índole senso-perceptiva, que con la simulación o la disimulación de síntomas clínicos, lo cual motivó que sus derroteros fueran otros bien diferentes (Manzanero, 2010; Pérez Fernández, 2010).

Aunque el dato resulte sorprendente, la simulación se incorporó como entidad clínica nada menos que en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1980). Allí, tal y como es caracterizada, no se la define por lo que pueda ser sino, antes bien, de manera negativa, por lo que se considera más bien qué no es: la simulación involucraría la existencia de posibles recompensas externas –como cobro de seguros e indemnizaciones, etcétera–, a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza consciente y premeditadamente, a diferencia de los trastornos somatomorfos. Consideración que ha sufrido modificaciones poco sustanciales con el paso de los años. Similar criterio sigue *CIE-10* (OMS, 2016) al referirse a esta cuestión con el código Z76.5: “persona que finge enfermedad [simulación consciente]”. No obstante, la psicología y la psiquiatría en general se mantienen en una postura ciertamente acrítica con respecto a esta clase de limitaciones que se manifiestan de manera muy clara cuando comparamos los criterios para sospechar de simulación ya diseñara Fallot hace más de 150 años y los que se utilizan en la evaluación psicológica del presente (Tabla 3).

Tabla 2.

Cuatro modelos comprensivos clásicos de la simulación de trastornos en entornos clínicos.

Porot y Hesnard (1918) Basada en la simulación de síndromes clínicos	Porot (1952/1977) Basada en la personalidad y actitud del simulador
Simulación total o verdadera	Simuladores pasivos (Se centran en defectos funcionales).
Sobresimulación	Simuladores activos (Generan procesos psicocomotores activos).
Metasimulación	Simuladores absurdos (Manifiestan conductas extravagantes).
Vallejo-Nájera (1930)	
Simulador ocasional	Inculto. Sugestionable. Paranoide. Histérico. Mítomano o fabulador. Emotivo. Amoral. Profesional.
Simulador permanente	Presenta una mayor cantidad de anomalías psicológicas genuinas que le ayudan, o de las que se vale, en el proceso de la simulación.
Utitz (1950)	
Autosimulación	El sujeto está convencido de la autenticidad de los síntomas que manifiesta.
Disimulación	Ocultamiento de síntomas de manera voluntaria y consciente para obtener un fin.

Tabla 3.
Comparativa de criterios para el diagnóstico de la simulación en contexto clínico: antes y ahora

ANTES Fallot (1859)	AHORA Echeburúa, Muñoz y Loinaz (2011)*
1. Existencia de incentivos externos (no reclutamiento).	1. Existencia de incentivos externos (beneficios legales).
2. Tipo de patología. Las hay más fáciles de imitar que otras.	2. Tipo de patología. Algunas predisponen más a la simulación.
3. Historia personal.	3. Historia personal.
4. Discrepancia entre síntomas y dolencia.	4. Discrepancia entre quejas y exploración.
5. Observación cuidadosa del sujeto (comunicación no verbal / evolución).	5. Observación cuidadosa del sujeto (comunicación no verbal).
6. Valerse de estrategias psicológicas.	6. Falta de cooperación,
7. Ignorancia hacia las prescripciones clínicas.	7. Valerse de estrategias psicológicas.
8. Pruebas colaterales si existe sospecha (grafológicas / fisiológicas).	8. Incumplimiento de prescripciones clínicas.
	9. Pruebas colaterales si existe sospecha (psicométricas / psicodiagnósticas / fisiológicas).

*La razón de emplear este texto para establecer comparaciones en lugar de cualquier otro tiene que ver con su uso –contexto de evaluación clínica forense–, su cercanía temporal, así como con la relevancia profesional de sus autores, y no con consideraciones de otra suerte.

Consideraciones finales

A la vista de las líneas precedentes cabe significar que el tema de la simulación y la disimulación clínica, históricamente, se ha discernido más en los ámbitos filosófico y antropológico que en cualesquiera otros, al punto de que muchas de las consideraciones sobre ellas que imperan en los entornos clínicos y forenses del presente tienen más que ver con estos presupuestos que con argumentos propiamente científicos. De hecho, la cuestión de la simulación, como se indicó en su momento, penetró en los ámbitos médicos tardíamente, en la Baja Edad Media, y lo hizo no por razones propiamente relacionadas con la salud, sino por la vía del argumento jurídico y del recurso punitivo.

Desde entonces, y hasta el presente, su detección ha evolucionado solo en la medida que se han caracterizado con más eficiencia los cuadros nosológicos que han jalonado la historia de la evaluación psicológica pero, y esto resulta de capital importancia, tanto antes como ahora se trata de un asunto que depende más de la “habilidad” o “clarividencia” del especialista clínico para su detección que de criterios propiamente objetivos. De hecho, y en vista de las controversias imperantes en este ámbito, ya desde sus orígenes, la propia psicología del testimonio ha eludido de manera sistemática penetrar en este asunto, concentrándose en el discernimiento de la veracidad o falsedad del testimonio mismo, que en esta cuestión que tradicionalmente se ha venido considerando como algo colateral y más propio de entornos clínicos (Manzanero, 2010).

La opacidad del problema de la detección de la simulación, especialmente en los casos fronterizos, es siempre más complicada que la de la disimulación en la medida que no se muestra con tanta obviedad a ojos del especialista (Rogers, 2008). Ello ha motivado que los criterios para determinarla se mantengan tradicionalmente dentro de la confusión y posean un marcado sesgo subjetivo en la medida que, en última instancia, no deja de ser simulado el síntoma que el especialista, con su particular pericia y valiéndose de las herramientas de que dispone en cada momento, determina como tal. No menos sorprendente es observar que los criterios desde los que se realiza esta clase de análisis prácticamente no han evolucionado a lo largo de los últimos 150 años lo cual, y esto sería materia de otro trabajo, ignoramos si ocurre por una falta de interés experimental en la materia, o bien, porque el problema muestra una impenetrabilidad epistemológica y metodológica que todavía no se ha podido superar.

Referencias

- Acetto, T. (2005). *La disimulación honesta*. Buenos Aires, Argentina: El Cuenco de Plata.
- Alemán, M. (1599/2005). *Guzmán de Alfarache* (2 volúmenes). Madrid, España: Cátedra.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aristóteles (1982). *Retórica*. Madrid, España: Gredos.
- Carrasco Manchado, A.I. (2007). “Simular” y “disimular”, Percepción de un concepto moderno en la Edad Media hispana. *Res Publica*, 18, 335-352.
- Carreño Rivero, M. (1997). “Pobres vagabundas” en el proyecto de recogimiento y reforma social de Cristóbal Pérez de Herrera. *Revista Complutense de Educación*, 8(1), 19-42.
- Casada Teresa, J.F. (1998). El Renacimiento en Calahorra: Brujas e inquisición en la primera mitad del siglo XVI. *Kalakorikos*, 3, 49-57.
- Catalán, M. (2014). *Antropología de la mentira*. Madrid, España: Editorial Verbum.
- Cervantes, M. de (1613/2005). *El casamiento engañoso. Coloquio de los perros* [ed. Rosa Navarro Durán]. Madrid, España: Alianza.
- Cicerón, M.T. (1982). Del supremo bien y del supremo mal. *Obras Filosóficas*, vol. 1. Madrid, España: Gredos.
- Domènech, E. (1991). *Introducción a la historia de la psicopatología*. Barcelona, España: Seminari Pere Mata de la Universidad de Barcelona.
- Echeburúa, E.; Muñoz, J.M. y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159.
- Ekman (2009). *Cómo detectar mentiras. Una guía para utilizar en el trabajo, la política y la familia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Fallot, S. L. (1859). *Vade-Mecum del médico militar en los reconocimientos de soldados y quintos, o examen de las principales cuestiones relativas a los defectos y enfermedades que pueden producir la inutilidad en el servicio militar y de la simulación, provocación y disimulación de aquellas, etc.* [Traducido y anotado por D. Ramón Hernández Poggio]. Granada, España: Imprenta y Librería de D. Tomás Astudillo.
- Foucault, M. (2001). *Madness and Civilization*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Gallego-Camín, G.; Miró-Bonet, M.; Ferrer de San Jordi, P. y Gastaldo, D. (2005, Out-Dex). *Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó. Texto Contexto Enfermagem*, 14 (4), 601-607.
- Geller, J.L.; Erlen, J.; Kaye, N.S. y Fisher, W.H. (1990). Feigned Insanity in Nineteenth Century America: Tactics, Trials, and Truth. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 3-26.
- Geremek, B. (1991). *La estirpe de Caín*. Madrid, España: Mondadori.
- González Fernández, R. (2006). *La mentira. Un arte con historia*. Aposta.

- Revista de Ciencias Sociales*, 26 [<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ruben.pdf>, recogido en mayo de 2015].
- Grimmelhausen, H.J.C. (1669/2005). *El aventurero Simplicissimus*. Madrid, España: Debolsillo.
- Hipócrates (1982). Sobre la ciencia médica. *Tratados*. Madrid, España: Gredos, 42-59.
- Ingenieros, J. (1904/1967). *La simulación en la lucha por la vida*. Buenos Aires, Argentina: Losada (2ª ed.).
- Laín Entralgo, P. (1982). *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona, España: Salvat Editores.
- Lara Alberola, E. (2012). La bruja como ente ficcional en la tradición hispánica áurea: Una nueva aproximación al controvertido fenómeno de la brujería a la luz de la literatura. *Estudios Humanísticos Filología*, 34, 147-167.
- León Gómez, A. (2003). *Breve tratado sobre la mentira*. Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- López-Muñoz, F. y Pérez Fernández, F. (2015). Los ungüentos de brujas y filtros de amor en las novelas cervantinas y el papel del *Dioscórides* de Andrés Laguna. *Tribunal Plural. Revista de la Real Academia de Doctores*, 8, 237-292.
- Manzanero, A.L. (2010). Hitos de la historia de la psicología del testimonio en la escena internacional. *Boletín de Psicología*, 10, 89-104.
- Martínez-Selva, J.M. (2005). *La psicología de la mentira*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- OMS (2016, enero). eCIE-10es. Edición electrónico de la CIE-10-ES. Diagnósticos (1ª ed.) [https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html, recogido en septiembre de 2016].
- Paré, A. (1573/1971). *Des monstres et prodiges* [édition critique et commentée par Jean Ceard]. Ginebra, Suiza: Librairie Droz.
- Pérez Fernández, F. (2005). *Imbéciles morales. Consideraciones históricas de la mente criminal*. Jaén, España: Ediciones del Lunar.
- Pérez Fernández, F. (2010). William Moulton Marston: Polígrafos, cómics y psicología de la normalidad. *Revista de Historia de la Psicología*, 31, 2-3, 151-166.
- Pérez Fernández, F.; Mampaso Desbrow, J.; González Lozano, P.; Bueno Guerra, N. y Bernabé Cárdbaba, B. (2012). Consideraciones éticas y psicológicas acerca de la pena de muerte en España. La ejecución como "teatro moral". *Edipsykhe* 11(1), 69-88.
- Porot, A. (1952/1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Barcelona, España: Labor.
- Porot, A. y Hesnard, A. (1918). *L'expertise mentale militaire*. Paris, Francia: Masson.
- Robbins, R. H. (1988). *Diccionario de brujería y demonología*. Barcelona, España: Debate.
- Rogers, R. ed. (2008). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York, NY: Guilford (3ª ed.).
- Rosen, G. (1963). Social attitudes to irrationality and madness in 17th and 18th century in Europe. *Journal of History in Medicine and Allied Sciences*, 18, 220-240.
- Sánchez Gómez, J. (1988). Magia, astrología y ocultismo entre los mineros del siglo XVI. *Studia Historica Historia Moderna*, 6, 339-350.
- Sevilla, San Isidoro de (2004). *Etimologías* [ed. de José Oroz Reta y Manuel A. Marcos Casquero]. Madrid, España: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Shakespeare, W. (1664/1994). Othello, el Moro de Venecia. *Tragedias* [ed. de José María Valverde]. Barcelona, España: R.B.A., 247-328.
- Szasz, Th. (1970). *The manufacture of madness. A comparative study of the Inquisition and the mental health movement*. New York NY: Harper & Row.
- Tropé, H. (2010). La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (y II). La eliminación de los herejes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 30, (107), 465-486.
- Turrado Vidal, M. (2007). *Estudios sobre historia de la policía (III). Policía y gentes de mal vivir: historias variopintas*. Madrid, España: Visión Libros.
- Utitz, E. (1950). Caracterología. *Monográficas Psicológicas*, 4. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
- Uña Juárez, A. (1993). *San Agustín*. Madrid, España: Ediciones del Orto.
- Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona, España: Labor.
- Weyer, J. (1568). *De praestigiis Daemonum et incantationibus*. Basilea, Suiza: Johannes Oporinus.
- Yanni, C. (2007). *The architecture of madness. Insane asylums in the United States*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.