
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El estado de inconciencia y la simulación

**En el ámbito del Servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial
de la Provincia de Córdoba entre los años 2002 a 2006**

Trabajo de Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Sr. Médico Antonio Ávalos

CÓRDOBA

REPUBLICA ARGENTINA

2009

Comisión de Seguimiento de Tesis

Director

Prof. Dr. Leopoldo Riesco

Integrantes

Prof. Dr. Víctor A. Cinelli
Prof. Dr. Carlos F. Pohludka

Reglamento de Carrera de Doctorado

Artículo 30:

La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis.

Dedicatoria

A mi familia.

A mis amigos

Agradecimientos

Al Prof. Dr. Victor Cinelli, maestro y amigo, por su apoyo constante, desinteresado aporte, consejo y calidad humana.

A los Prof. Dres. Leopoldo Riesco y Carlos Pohludka por su colaboración.

A los miembros del Servicio de Psiquiatría Forense del Poder judicial de la Provincia de Córdoba, que creyeron y apostaron a mi proyecto.

A mi profesora de inglés Lic. Mariana Figueroa, por su dedicada colaboración y asesoramiento en las traducciones.

Al Sr. Alfredo Benito de Recursos Fotográficos, por su comprometido apoyo profesional técnico.

A todos aquellos que de una u otra manera colaboraron con este trabajo.

Índice general

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	28
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	67
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	95

RESUMEN

El Código Penal Argentino contempla según su artículo 34 inciso 1ero, tres motivos por los cuales una persona puede ser eximida de cumplir una pena, por considerarse no punible: Insuficiencia de las facultades, alteración morbosa de las mismas o por haber actuado en estado de inconciencia. La medicina legal define a la simulación como un fraude clínico que consiste en imitar, acentuar o crear intencionalmente signos, síntomas o enfermedades con finalidad especulativa.

En los ámbitos legales la simulación de problemas de memoria es la más frecuente, debido a la creencia generalizada de que es muy fácil fingir amnesia. Cuando un individuo acusado de un crimen alega amnesia, según los criterios de simulación vigentes, se coincide en general que el acusado puede estar altamente motivado a simular, intentando evitar la responsabilidad de sus actos y la acción de la justicia.

Objetivos: 1. Realizar una revisión de los criterios de simulación de amnesia y del estado de inconciencia. 2. Conocer las características principales de los casos sometidos a pericias que invocaron estado de inconciencia en el momento de perpetrar el delito, y simularon este estado. 3. Proponer una estrategia metodológica que permita sugerir los pasos a seguir a fin de diagnosticar la simulación del estado de inconciencia.

Material y Método: La presente investigación parte de múltiples preguntas que surgieron de sistematizar 148 informes de pericias psiquiátricas realizadas en el Servicio de Psiquiatría Forense de la Provincia de Córdoba entre los años 2002 a 2006, en las cuales se consideró importante tomar los siguientes ejes que relacionan el estado de inconciencia: el diagnóstico o la etiología, la posibilidad de simulación y algunas otras variables que se tienen en cuenta para declarar inimputable a un sujeto y que intentan poner algo de luz en una entidad que por ser el cruce de múltiples variables nos somete a permanentes interrogantes ¿simula o no simula este sujeto?

El estudio proyectado es un diseño de tipo descriptivo, retrospectivo, mixto (cuantitativo – cualitativo). La investigación cualitativa se basó en el análisis y descripción de 20 relatos de imputados, registrados con motivo de la realización de la pericias.

Resultados: Luego de la primera determinación se excluyeron 24 casos, 16,2 % de la muestra ya que no simularon, el resto, 124 casos, el 83,8 % de la muestra fueron diagnosticados como simuladores. Del estudio de los 124 informes de simuladores, 1) según sexo quedaron distribuidos entre 117 varones (94,4%) y 7 mujeres (5,6%), 2) la edad promedio se encontró entre los 30 años de edad, con mayor incidencia entre los 16 a 20 años de edad, 3) En cuanto a patologías según diagnóstico en el eje I del DSM IV se destacó un 69,4%, 86 casos de trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, 3 casos (2,4%) con trastornos del estado de ánimo, y 35 casos, el 28,2% sin diagnóstico. 4) Según el diagnóstico del eje II del DSM IV se destacó un 45,2% (56 casos) de trastorno antisocial de la personalidad y 42,7% (53 casos) sin diagnóstico. 5) En la distribución de los simuladores según delito se destacó robo/hurto 38,7% (48 casos) y homicidio 34,7% (43 casos). 6) El 58,1% de los simuladores (72 casos) tenían antecedentes penales.

Conclusiones: La mayoría de las declaraciones de amnesia de hechos delictivos en el servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba son simuladas. Se observó en el fenómeno de la simulación de la serie investigada un predominio asociado con: sexo masculino, edad temprana, adicciones, trastorno antisocial de la personalidad, antecedentes penales, delitos de robo y hurto y homicidio.

El diagnóstico de simulación de inconciencia debe surgir del análisis de varias fuentes de información, teniendo en cuenta: criterios de simulación de amnesia, antecedentes psicopatológicos asociados y la correlación entre el síndrome amnésico y la conducta.

SUMMARY

The Argentine Penal Code establishes in its article 34 clause 1, three reasons for which a person can be exempted from serving his/her sentence for considering him/her not punishable: insufficiency of his/her mental faculties, morbid alteration of these faculties or for having acted in a state of unconsciousness. Legal medicine defines malingering as a clinical fraud which consists in intentionally imitating, accentuating or creating signs, symptoms or diseases with a speculative aim.

In the legal field the malingering of memory problems is one of the most frequent due to the general belief that simulation of amnesia is very easy. When an individual that is charged with crime pleads amnesia, in line with the current simulation criteria, it is agreed in general that the accused may be highly motivated to malingering so as to avoid responsibility of his/her acts and legal actions.

Objectives: 1. Revise the simulation criteria for amnesia and for unconscious states of mind. 2. Know the main characteristics of case studies that, pleading unconsciousness at the time the crime was committed, they simulated this state. 3. Propose a methodological strategy that will suggest the steps to follow to diagnose the simulation of states of unconsciousness.

Material and Methods: This investigation starts with multiple questions posed after systematizing 148 reports of psychiatric study cases carried out at the Servicio de Psiquiatría Forense de la Provincia de Córdoba between the year 2002 and 2006 in which it was thought important to work on the following topics related to the state of unconsciousness: the diagnosis or aetiology, the possibility of simulation and some other variables to be taken into account to declare a subject unimputable and which try to throw some light to an entity which, as the crux of multiple variables, poses permanent questions: is the subject simulating or not?

The survey planned is of a descriptive, retrospective, mixed (quantitative - qualitative) type. The qualitative investigation is based on the analysis and description of 20 accounts by defendants, these were registered for the sake of the study.

Results: After the first analysis, 24 cases were excluded, 16.2 % of the sample, as they did not simulate. The rest, 124 cases, 83.8% of the sample, were diagnosed malingering. In the study of the 124 reports on simulators, 1) According to sex they are distributed in 117 men (94.4%) and 7 women (5.6%); 2) the average age group was established around 30, and a higher incidence between 16 and 20 years of age; 3) As regards pathologies diagnosed in the axis I of DSM IV, 86 cases (69.4%) of disorders related to psychoactive substances, 3 cases (2.4%) to disorders of their frame of mind and 35 cases (28.2%) without a diagnosis were found. 4) According to the diagnosis in the axis II of DSM IV, 56 cases (45.2%) of antisocial personality disorders and 53 cases (42.7%) without a diagnosis were revealed. 5) The distribution of simulators according to crimes revealed 48 cases (38.7%) of theft and 43 cases (34.7%) of homicide. 6) 58% of simulators, (72 cases) had penal antecedents.

Conclusions: Most statements of amnesia of delinquent acts at the Servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba are simulated. A prevalence of cases associated with male sex, early age, addictions, antisocial disorders of personality, thefts and homicide was observed in the phenomenon of simulation in the surveyed series. The diagnosis of simulation of innocence has to derive from the analysis of various sources of information bearing in mind the criteria for simulation of amnesia, associated psychopathological antecedents and the correlation between the amnesic syndrome and behaviour.

INTRODUCCIÓN

La medicina legal define a la simulación como un “Fraude Clínico” que consiste en imitar, acentuar o crear intencionalmente signos, síntomas o enfermedades con finalidad especulativa. (6)

La psiquiatría forense en tanto disciplina científica aplicada a la teoría y práctica del derecho se encarga de dictaminar si un individuo acusado de cometer un delito, es una persona mentalmente sana o bien padece alguna enfermedad y finalmente los efectos del estado de salud mental del mismo sobre la responsabilidad ante la ley.

Es en ese ámbito donde se observa con mayor frecuencia el fenómeno de la simulación, ya que el Código Penal Argentino (14) contempla según su artículo 34 inciso 1ero, tres motivos por los cuales una persona puede ser eximida de cumplir una pena, por considerarse no punible: Insuficiencia de las facultades, alteración morbosa de las mismas o por haber actuado en estado de inconciencia.

Bajo los términos estado de inconciencia el Código Penal (14) se refiere a aquellos estados de grave alteración de la conciencia que le impide a una persona en el momento del hecho comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones. Dichos estados de inconciencia son producidos por distintas patologías (ebriedad, intoxicación por drogas, epilepsia, sonambulismo, trastornos disociativos, entre otras) y suelen ser invocados con frecuencia por abogados con el fin de lograr la inimputabilidad de sus clientes; además distintos autores afirman que la amnesia es el síntoma más frecuentemente simulado.

Ahora bien, existen criterios en general para determinar simulación de enfermedad mental, como así también criterios de amnesia simulada, no obstante no han sido ofrecidos aún en nuestro medio, metodologías específicas o los pasos a seguir para diagnosticar la simulación de un estado de inconciencia, en el cual la amnesia sería uno de los elementos semiológicos más importantes, pero que no se agotan en ese síntoma.

El presente trabajo se propone abordar el fenómeno de la simulación del estado de inconciencia conociendo los casos que invocando dicho estado, son simulados, así como las características generales asociadas a los mismos y los criterios o métodos que permitan efectuar un diagnóstico objetivo de simulación. A tal fin se efectuará una revisión de los conceptos y definiciones legales, clínicos y semiológicos de conciencia e inconciencia, la opinión de la clínica psiquiátrica, el derecho, la psiquiatría forense, los métodos para detectar simulación, los criterios de simulación, las patologías que provocan estados de inconciencia, y finalmente analizar los fragmentos de relatos de los propios imputados.

PROBLEMA QUE ORIGINA LA INVESTIGACIÓN

Cuando un individuo acusado de un crimen alega amnesia, según los criterios de simulación vigentes, se coincide en general que el acusado puede estar altamente motivado a simular, intentando evitar la responsabilidad de sus actos y la acción de la justicia. En estas circunstancias y ante la ausencia de una razón orgánica aparente, o bien, si no se determinan problemas de memoria anteriores al crimen, no hay modo de saber con certeza si el individuo está simulando amnesia. (Los EEUU vs. Sermón) Rubinsky & Brandt 1986 (69) citados en Gayla Swihart. (73)

Distintos autores a través del tiempo han descrito que dentro de los trastornos cognitivos, la simulación de problemas de memoria es la más frecuente, debido a la creencia generalizada de que es muy fácil fingir amnesia. Entre los trastornos más frecuentemente simulados o exagerados se encuentran los cognitivos, los conductuales y los problemas sensoriales.

Una de las hipótesis que podría explicar este fenómeno es la idea de que es más fácil fingir un déficit comportamental que un síntoma positivo, es decir, el sujeto no tiene que realizar el esfuerzo de crear síntomas no existentes, como por ejemplo delirios y alucinaciones, sino que simplemente tiene que “dejar de hacer” algo que ya conoce, como es el hecho de recordar.(35)

La determinación exacta de la credibilidad de las declaraciones de amnesia de los acusados es difícil porque la fuente primaria de información es la propia declaración del imputado, Herman, 1995; Schacter, 1986a, 1986b, citados en Porter 2001. (66)

En los escasos estudios y trabajos encontrados que incluyen sujetos sospechosos de ser simuladores, nunca se llega a conclusiones con un 100% de fiabilidad(35); esto obedece a diversos factores, en primer lugar porque técnicamente la opinión pericial en estos casos tiene carácter conjetural, en parte porque los psiquiatras y psicólogos no están entrenados para tratar con absolutos Bernardette McSherry 1998 (54) y además porque el único criterio externo que nos garantiza la detección de la simulación es la confesión de la misma, cuestión habitualmente poco frecuente.(35)

Kaplan y Sadock(42) citan investigaciones efectuadas sobre imputados homicidas en las cuales los imputados declararon amnesia, sindicado éste como el cuadro clínico más frecuente que se pretende simular, porque según la opinión de los autores mencionados es fácil de fingir y difícil de diferenciar de la amnesia verdadera.

En un trabajo científico sobre identificación del engaño, David Faust(27) afirma que las investigaciones indican que muchos individuos pueden engañar a

los clínicos, del mismo modo que puede ocurrir con los peritos, y hacer que diagnostiquen alguna anormalidad emocional o intelectual que no existe o que nunca existió en realidad, asimismo se ha puesto en duda la capacidad de los médicos para descubrir las perturbaciones emocionales e intelectuales fingidas. Emitir opiniones contrarias en pos de la eficacia en tal tarea no tendría en principio apoyo científico adecuado.

Del mismo modo que en el ámbito del proceso judicial se establece como criterio que la duda beneficia al justiciable "*in dubio pro reo*", en el caso de muchos trastornos clínicos en la práctica médica en general, es peor no identificar un cuadro que diagnosticarlo en exceso y de este modo, el médico dubitativo muestra la tendencia a suponer que existe una disfunción(27); es posible citar al respecto la expresión "*in dubio pro morbo*".(12). Esto puede producir una inducción subjetiva a sobrediagnosticar amnesias en casos que en realidad son síntomas o patologías simuladas.

Evidentemente que todas estas cuestiones pueden inducir al perito a conclusiones erróneas, sobre todo en el ejercicio de la psiquiatría forense, que a diferencia de la práctica médica asistencial que se basa en la relación de confianza médico - paciente, en este otro caso, se suele levantar una suerte de muro entre el entrevistador y el entrevistado con su comportamiento encubridor y autoprotector, limitando la relación al ser etiquetado el perito como un adversario.(58)

Por ello se destaca la dificultad del médico psiquiatra en función pericial, ya que al desempeñarse en pericias o evaluaciones legales, cambiaría la obligación primaria del facultativo, que deja de ser el paciente, y se orienta a descubrir la autenticidad de la sintomatología argumentada, aunque tenga trascendencia negativa para el imputado en el proceso.

Si la amnesia simulada es vista como evidencia válida de un estado de inconciencia, la corte puede dictar una sentencia menor o sobreseer un acusado que es realmente culpable o responsable de sus actos. Como resultado, el acusado podría ser enviado a un hospital psiquiátrico forense para tratamiento (como en R vs Joudrie, 1996) y no a prisión(66).

Si una amnesia real es vista como simulación, el acusado puede ser llevado a juicio o puede ser encontrado responsable del crimen y cumplir injustamente una condena, en tal caso produciría un daño social mayor y una severa afrenta a los derechos humanos.

La presente investigación parte de múltiples preguntas que surgieron de sistematizar 148 casos de pericias psiquiátricas realizadas en el Servicio de

Psiquiatría Forense de la Provincia de Córdoba, en las cuales se consideró importante tomar los siguientes ejes que relacionan el estado de inconciencia: el diagnóstico o la etiología, la posibilidad de simulación y algunas otras variables que se tienen en cuenta para declarar inimputable a un sujeto e intentan poner algo de luz en una entidad que por ser el cruce de múltiples variables nos somete a permanentes interrogantes ¿simula o no simula este sujeto?

De todas las preguntas que pueden plantearse he querido centrarme en las siguientes:

- ¿Cuáles son las características principales de los casos que invocando estado de inconciencia en el momento de cometer el delito lo simularon?
- ¿Existen pruebas específicas, test psicológicos, diagnóstico por imágenes, o algún método específico que permita demostrar el fenómeno de la simulación?
- ¿De qué manera se arriba al diagnóstico de simulación cuando un imputado aduce amnesia de un hecho delictivo?

Semiología de la conciencia:

Definiciones

El concepto de conciencia ha sido y actualmente es abordado por múltiples disciplinas como la Literatura, la Filosofía, la Psicología, la Teología y la Medicina entre otras. Esto se traduce en la asignación de una amplia diversidad de significados que es imposible no caer en ambigüedad al intentar definirla.(75)

Etimológicamente el término conciencia, deriva del vocablo latino “Conscientia”, que hace referencia a: 1) Darse cuenta de algo, ya sea, un objeto, cualidad o situación, que puede ser interno o externo, y 2) Conocimiento del bien y el mal o conciencia moral.(30)

E.F.P. Bonnet (6) propone definirla ampliamente, no como una función más, dentro del conjunto de funciones psíquicas, sino en sentido fenomenológico con una concepción integral, en la que el binomio hombre-mundo constituye una unidad, o una auténtica estructura.

Definiendo la conciencia como cualidad del psiquismo, M. Heidegger (39) refiere que el psiquismo humano es siempre relación con el mundo y, por lo tanto, antes que la reflexión está la vivencia, es decir lo vivido inmediato; y Franz Brentano citado en Ferrater Mora (30). afirma que la característica fundamental de los fenómenos psíquicos, a diferencia de los físicos, es la intencionalidad.

Vicente Cabello (12) refiere que la conciencia se define como la presencia del “yo” en el sentir, en el pensar y en el hacer, que nos permite saber acerca del mundo que nos rodea y acerca de nosotros mismos. Además refiere que desde el punto de vista psicológico, la conciencia subjetiviza los objetos; los internaliza creando el mundo de las representaciones mentales del sujeto y que por ello, la conciencia expresa la concordancia, continuidad y unidad histórica establecida por un mismo sujeto entre los datos de la experiencia pasada y los de su experiencia actual. La palabra conciencia designa aquella parte de la actividad psíquica de la cual el hombre tiene conocimiento.

En resumen la idea de conciencia requiere de:

- Darse cuenta de las cosas.
- Conocimiento del bien y el mal.
- Estructura integral de funciones psíquicas.
- Vivencia o relación con el mundo.
- Intencionalidad.
- Presencia del “Yo” en el sentir, en el pensar y en el hacer.
- Subjetivación, internalización y representaciones mentales.

Desde el punto de vista clínico psiquiátrico la conciencia es un estado de vigilia o alerta continuo con respecto a uno mismo y al ambiente que permite a la persona responder a los estímulos del medio y a las propias necesidades.(75)

La conciencia es la aptitud que nos permite discernir, entender, comprender, interpretar, apreciar, reflexionar, resolver o advertir, respecto de un hecho, situación, cosa o persona determinada.(52)

La conciencia se encuentra constituida por la integración de todas las funciones psíquicas cuyo producto final es el conocimiento o síntesis vivencial. Por ello la conciencia normal es un estado mental en el que participa armoniosamente la casi totalidad de las funciones psíquicas y neurológicas. Cuando no existe ninguna alteración de la conciencia se considera que la persona se encuentra lúcida, y esto implica capacidad para orientarse, tener un diálogo coherente, claridad de ideas, conciencia de situación y de sí mismo. (52)

La conciencia lúcida le permite a la persona atender y percibir con claridad, memorizar, orientarse correctamente, comprender y relacionarse con los demás. (52)

Niveles de conciencia

En la descripciones de los niveles de conciencia las diferentes connotaciones llevan a una serie de variaciones semánticas que van desde la concien-

cia refleja hasta la conciencia moral (84), de este modo, Vicente Cabello (12) describe cuatro niveles de conciencia en orden de menor a mayor complejidad de funcionamiento:

a- Conciencia fisiológica.

La ubica en el nivel más bajo de la actividad funcional primitiva de adaptación (arcos reflejos) y es la capacidad del organismo para responder únicamente con reacciones ante los estímulos externos sin suministrar conocimientos sobre el estímulo o las respuestas.

b- Conciencia sensorio-motriz.

Comprende los automatismos psicomotores durante los cuales se mantiene el control corporal, pero sin comprensión del significado del acto.

c- Conciencia perceptiva.

Esta coincide con el concepto de lucidez mental, participa el conocimiento de la realidad mediante los sentidos.

d- Conciencia discriminativa.

Ese nivel permite distinguir lo malo de lo bueno, lo conveniente de lo inconveniente, lo lícito de lo ilícito, ponderando los motivos y anticipando las consecuencias de nuestras acciones o las de los otros. Otorga la capacidad de captar el mundo de los valores.

Otros autores como Delay J. Pichot (18), describe siete niveles de conciencia, incorporando sus alteraciones, desde la vigilia hasta el estado de coma.

Conciencia del Yo

El “Yo” es el sujeto de la actividad sensorial y mental de cada individuo, que siente y piensa por sí mismo en oposición al mundo exterior(76), o en el sentido de Enri Ey (26) en el sistema de la personalidad normal, el “Yo” se define en tanto dueño de su carácter, autor de su personaje, artesano de su mundo, y sujeto de su conocimiento.

Desde el punto de vista fenomenológico(52) los atributos del yo o la conciencia del yo son: La vitalidad del “Yo” que es la vivencia de ser concientes de que tenemos un cuerpo, que somos una persona y que estamos vivos (conciencia de existir);

La actividad del “Yo” o vivencia de que uno es actor de sus propios

actos, que lo que hace piensa o siente le es propio. La demarcación del “Yo”, o la diferencia que se establece entre el mundo interno y los objetos o mundo externo. La consistencia del “Yo”, identidad o unidad del “Yo” que me ubica en los distintos tiempos y espacios en los que he vivido; y finalmente la Imagen de sí mismo o conciencia de la personalidad que es una conjunción de todos los atributos y es la resultante mediante la cual cada uno construye su propia imagen.

Alternancias y Alteraciones de la Conciencia

En un ritmo circadiano normal, la conciencia tiene oscilaciones biorrítmicas (sueño / vigilia), ahora bien, si durante la actividad diurna se presentan fenómenos psíquicos similares a los del sueño o de la transición sueño / vigilia, estos tienen carácter patológico.

Las alteraciones y trastornos de la conciencia comprenden una serie de afecciones que van desde la disminución hasta la pérdida de las capacidades de vigilancia, reflexión e inhibición; en este extremo de alteración la persona se encuentra en desconocimiento, irreflexión, ignorancia, instintividad y automatismo, con ausencia de juicio crítico y sentido de realidad, ausencia de intencionalidad, amnesia, sin conexión con el mundo, y falta de sentido común(6, 51, 52). A este estado se refiere la clínica psiquiátrica con el término de inconciencia.

Los Estados Alterados de Conciencia(52,60,61,65)

1) Falta de orden en los contenidos de la conciencia:

Ésta se produce cuando se pierden las relaciones asociativas habituales, ocurre en intoxicaciones leves, somnolencia, fatiga y cefaleas.

2) Estrechamiento del campo de la conciencia:

Aquí predomina un contenido psicológico, idea, imagen o representación mental con respecto al resto, ocurre en el estrés agudo o en crisis emocionales.

3) Parcelación de la conciencia:

Esta alteración se describe como una conciencia fragmentada o imagen en espejo estrellado, Se presenta en los denominados trastornos disociativos.

4) Obnubilación, Confusión Mental y Onirismo:

En esta alteración se pierde la claridad de percepción, la compren-

sión, elaboración y respuesta. En la confusión mental, el sujeto no sabe donde se halla ni por qué está ahí, la desorientación témporo-espacial suele ser completa, las pocas ideas que logran suscitarse por estímulos o propia representación no se hilvanan, ninguna vivencia tiene claridad, no sabe lo que quiere, no entiende lo que ocurre, es desordenado en los actos.

Cuando en un estado de obnubilación o de confusión mental se presentan ilusiones o alucinaciones, constituidas por visiones o escenas vivenciadas como las que se representan en los sueños, pero como producto de una actividad patológica del cerebro, estamos en presencia del Onirismo.

Estas alteraciones pueden responder a múltiples etiologías como intoxicaciones, infecciones, alteraciones cerebrales orgánicas, metabólicas, (delirium), entre otras.

5) Estados Crepusculares:

Algunos autores definen a esta alteración de la conciencia como una modalidad evolutiva particular de la confusión mental. Se manifiesta por una disminución del grado de lucidez mental. Disminución de la percepción, atención y memoria, parcial desorientación témporo – espacial, disminución del juicio crítico, apatía, amnesia lacunar o fragmentaria, y la conducta del individuo no es adecuada a la lógica de las circunstancias, el sujeto actúa como un autómeta. Suele ocurrir en las epilepsia temporal o psicomotora.

6) Suspensión de la conciencia:

Es la pérdida de esta función de modo episódico, paroxístico, breve o prolongado y se presenta también en la epilepsia o en trastornos del sueño como la narcolepsia.

7) Distorsión funcional de la conciencia:

Esta alteración puede producirse por ejemplo en estados o episodios maníacos.

8) Apagamiento de la conciencia:

Este fenómeno se produce en los estados de estupor o coma.

Los automatismos

Cuando una persona actúa bajo un estado alterado de conciencia, con amnesia de lo que ocurre y sin comprensión de sus actos, la conducta desplegada se denomina automatismo.

Se define a los automatismos como actos cumplidos de modo inconsciente y que se hallan desprovistos de motivación, finalidad y de idea directriz. Se presentan habitualmente con confusión mental simple, onírica o un estado de ensoñación, sin conciencia reflexiva, ni discernimiento, no hay angustia ni lucha interna, y el cuadro dominante es la inconciencia que se traduce en amnesia respecto de lo acontecido.(6)

En definitiva el término automatismo se refiere a una forma de conducta inconsciente o de acciones realizadas en estado alterado de conciencia. Según la trascendencia legal de estas conductas en distintos países, el automatismo producido en los estados disociativos, por ejemplo, ha sido considerado como insano (Canadá) y sano (Australia)(54). Estos conceptos serán desarrollados con mayor profundidad en el transcurso de la presente investigación.

También se describe una forma de automatismo denominada Automatismo Sectorial, que consiste en una conducta delictiva sorpresiva de un tipo limitado en tiempo y naturaleza. Esta conducta delictiva se manifiesta durante condiciones de vida de estrés propiamente, en las que en el pasado de la persona hay evidencia de psicotraumatización.(25)

Alteraciones de la memoria

“Todo estado alterado de conciencia implica algún grado de afectación de la memoria”.

La memoria es la función psíquica que más contribuye a la actividad intelectual y sin ella el conocimiento no es posible.(70) Es el sistema por el cual el organismo registra o retiene, recupera y elimina información.(52)

Existen dos tipos de memorias con vías neuroanatómicas distintas:

- a- Memoria de hechos, o declarativa, que implica representaciones mentales, nombres, fechas, episodios, etc.
- b- Memoria de habilidades o procedimientos que incluye aprendizajes perceptivos, motores y de naturaleza implícita pues son independientes del recuerdo consciente de la situación de aprendizaje.

Según el tiempo de duración: la memoria se puede clasificar en corto, mediano, largo plazo y permanente.

El funcionamiento de la memoria puede ser vulnerable a una vasta serie de procesos patológicos, incluyendo enfermedades neurodegenerativas, accidente cerebrovascular, tumores, trauma craneal, hipoxia, cirugía cardíaca, des-

nutrición, trastorno de déficit de la atención, depresión, ansiedad, efectos adversos de la medicación, efectos de tóxicos o sustancias psicoactivas, así como el curso normal del envejecimiento.(10)

La memoria tiene alteraciones cuantitativas como las hipermnias, hipomnias, dismnias y las amnias, las alteraciones cualitativas son las paramnias o errores de reconocimiento o localización del recuerdo.

Amnias

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación, centramos nuestra atención en las amnias por ser este un síntoma frecuente en los estados de inconciencia.

La amnesia es la incapacidad total o parcial de registrar, retener o evocar información.

Según el área que abarque la amnesia puede ser:

- Global: es una amnesia generalizada, progresiva y que alcanza hasta los recuerdos más tempranos de la infancia.
- Global Transitoria: es una amnesia de reproducción periódica según su mecanismo causal, es un estado de amnesia total, no se puede fijar ni evocar recuerdos, y se presenta con confusión y desorientación con vigilia conservada.
- Parcial: amnesia lacunar o localizada, se recuerda todo menos un sector de tiempo aislado, este tipo de amnesia puede o no ser reversible.
- Anterógrada: es la pérdida de la fijación de los recuerdos posteriores a la causa de la amnesia.
- Retrógrada: donde se pierden los recuerdos anteriores a la causa de la amnesia pero no la capacidad de fijar nueva información.
- Sistematizada: Pérdida de memoria de una categoría de experiencia.
- Selectiva: incapacidad de recordar algunas partes de un hecho perturbador.
- Continua: es la incapacidad de recordar hechos desde un momento específico hasta, e incluyendo, el presente.
- Infantil: es una forma de amnesia no patológica, que representa la incapacidad de recordar hechos en los primeros dos o tres años de vida y que no se considera reversible.

La Inconciencia o el Estado Inconciente en la Clínica Psiquiátrica

Según Kaplan y Sadok (42) el término inconsciente se puede utilizar para designar dos grupos diferentes de fenómenos o bien en dos sentidos, a saber:

1. En primer lugar el estado inconsciente se refiere a aquellos fenómenos en los cuales el funcionamiento cerebral se encuentra alterado y en los mismos el sujeto no percibe los estímulos externos, y no puede responder a ellos. Dicha alteración cerebral impide al paciente registrar recuerdos permanentes de eventos ambientales; luego, cuando se recupera la conciencia la persona sufre una amnesia persistente que abarca el período de deterioro de la función cerebral. Bajo este contexto, las palabras inconsciente y amnesia hacen referencia a eventos y procesos que tienen un origen fisiológico (o fisiopatológico), como por ejemplo: traumatismo de cráneo, enfermedad vascular, epilepsia, intoxicación alcohólica, etc.
2. El segundo sentido señala que los recuerdos son inconscientes, esto significa que, si bien, no puedan llevarse al campo de la conciencia mediante el recuerdo voluntario, transitaron no obstante, un proceso de registro nervioso, pudiendo retornar a la conciencia cuando las circunstancias apropiadas así lo permitan. Esta situación no requiere alteración cerebral ninguna, por ello las palabras amnesia e inconsciente, en este sentido se refieren a eventos y procesos con un marco de referencia u origen psicológico (o psicopatológico), como por ejemplo, la emoción inconciencia, los trastornos disociativos, como la amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo entre otros.

Podemos incluir en este segundo orden de fenómenos, desde la Teoría Psicoanalítica el concepto de inconciente en tanto adjetivo que se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Además la palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico.(34, 47)

El estado de inconciencia según el Código Penal Argentino

El artículo 34, inc. 1ero. del Código Penal Argentino (14) expresa lo siguiente:

“...No son punibles: El que no haya podido en el momento del hecho,

ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteración morbosa de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones...”.

¿A que se refiere el código penal con “estado de inconciencia”?

A continuación revisamos la conceptualización de tres analistas del derecho penal:

Ricardo C. Núñez (57) interpreta que en nuestro código penal, “...no se requiere, en realidad, una pérdida absoluta de la conciencia...”, es decir, si en el momento del hecho, “...el autor obra con una profunda perturbación de la conciencia de sí mismo o del mundo exterior...”, que afecta su inteligencia o su voluntad, impidiéndole la comprensión de la criminalidad del acto que realiza o la dirección de las propias acciones al efectuarlo, esto basta para considerarlo inimputable. “... la acción exige un mínimo de participación anímica del sujeto...”. La inconciencia absoluta omite la acción, y este mínimo está ausente cuando, por ejemplo, la inconciencia conduce al individuo a un estado de inercia o impulsado por movimientos automáticos .

Núñez agrega que al estado de inconciencia no le es inherente ni siquiera la amnesia, pero considera que ésta es un signo de su existencia. Además destaca que “...Científicamente, la memoria del hecho no es incompatible con la falta de comprensión de su criminalidad, ni con la posibilidad de gobernar la propia conducta...”.(57)

Justo Laje Anaya (45) en sus Notas al Código Penal Argentino define: “...La inconciencia es un estado por el cual, quien en él se halla, no se da cuenta exactamente del alcance de sus palabras o acciones, precisamente por falta de conciencia...” es decir que por cualquier accidente, o cualquier circunstancia, el ciudadano ha perdido, no ya la capacidad de obrar sino el discernimiento o el uso de la razón. Coincide en que la ley no exige la pérdida absoluta de la conciencia, ya que si ello sucede queda fuera el primer elemento del delito, vale decir, no hay acción.

Teniendo en cuenta que bajo este supuesto el individuo es de ordinario o habitualmente capaz, contrario a lo que ocurre en las otras causales como la insuficiencia o la alteración morbosa de sus facultades mentales, explica que por ello la inimputabilidad debe considerarse en los casos de inconciencia, como accidental, transitoria o pasajera.

Asimismo, aclara que no puede ni debe despreciarse el comportamiento del sujeto frente a la dinámica del hecho, al desenvolvimiento del mismo,

“... de manera que, razonablemente, pueda estimarse que el hecho pertenece a la obra de un inconsciente...”.

Destaca que no basta con cualquier grado de perturbación de la conciencia; que la exigencia es un estado de inconciencia, y que el recuerdo del hecho, o los actos subsiguientes coherentes al mismo pueden ser índices demostrativos de la imputabilidad.

Para Eugenio Zafaroni (87) el término conciencia se emplea en su concepto clínico, omitiendo sus sentidos metafísico, religioso o político, y de este modo abarca tanto la llamada conciencia lúcida, que nos permite percibir adecuadamente y ubicarnos psíquicamente en tiempo y espacio, como la conciencia discriminatoria que nos permite internalizar pautas o valores y discriminar conforme a esa internalización.

No obstante, el mencionado autor, problematiza la conceptualización del término del siguiente modo “...Por mucho que repasemos los tratados y las monografías, no hallaremos un concepto satisfactorio...”.(87)

Con respecto al problema de la inimputabilidad, señala que la misma se planteará si el individuo mantiene en alguna medida contactos con el mundo externo, porque si la persona no tiene ningún conocimiento de las circunstancias del hecho o ninguna voluntad final de realización del mismo, ya no se tratará de un problema de inimputabilidad, sino de atipicidad, al respecto cita la literatura sobre el tema, y previene advirtiendo de que suelen incluirse supuestos de inconciencia, de ausencia de conducta, a patologías tales como la epilepsia paroxística o el sueño, que no deberían incluirse.(87)

En relación al trastorno mental transitorio manifiesta que dicho concepto “...no hace ninguna referencia concreta a entidad alguna de la nosotaxia psiquiátrica y ni siquiera exige que esta perturbación tenga un origen morbozo como así tampoco requiere que obedezca a una causa permanente...”, excluye de los supuestos del trastorno mental transitorio a la ira y el ofuscamiento.(87)

El autor también destaca a la memoria como uno de los criterios para cuantificar el grado de perturbación de la conciencia, porque considera que una memoria muy pormenorizada no se compeadece con un estado de inconciencia. Por otra parte, reconoce que en general el recuerdo de circunstancias más esenciales no excluye la perturbación grave de la conciencia ya que la memoria parcial es un fenómeno relativamente frecuente. (87)

Agrega además que esta forma de inimputabilidad, obedecerá a una perturbación de la conciencia de grado tal, que elimine la exhibilidad jurídico – penal de comprender la antijuridicidad, y que el problema se ubicará en determinar cuándo un sujeto debe realizar un esfuerzo tan grande para comprender la

antijuridicidad de su conducta, que no sea posible exigírselo jurídicamente.

El estado de inconciencia desde la Psiquiatría Forense

Abordar el tema de la conciencia y sus alteraciones no sólo ha sido un asunto controversial para los teóricos del derecho, sino también para la psiquiatría forense; esta apreciación se puede ilustrar con algunas expresiones de Vicente P. Cabello (12):

“...Cualquier persona que emprenda la tarea de revisar lo mucho que se ha escrito en psiquiatría forense acerca de los estados de inconciencia, pronto percibirá que giramos alrededor de un punto muerto...”.

“...sólo nos es permitido reconocerla, intuir la a través de un registro infiel, siempre indirecto, retrospectivo e inseguro...”.

La psiquiatría forense en tanto ciencia aplicada, es el aporte de la psiquiatría clínica a la teoría y práctica del derecho. Esto le confiere a la psiquiatría forense un esfuerzo transdisciplinario, al tener que interpretar las disposiciones y normativas legales, y aplicar los conocimientos de la clínica psiquiátrica y las neurociencias para el asesoramiento en la solución de los problemas médico legales.

En lo que atañe al tema en estudio se observa, que al referirse al estado de inconciencia, el derecho y la clínica psiquiátrica, no hablan exactamente de lo mismo.

Inconciencia vs Grave Alteración de la Conciencia

Mientras que para la clínica psiquiátrica, un estado de inconciencia requiere suspensión completa, aunque transitoria de las operaciones mentales cognoscitivas, que dejan al organismo en una suerte de actividad automática que excluye los procesos rememorativos, judicativos y valorativos. Para el derecho penal el estado de inconciencia significa una grave alteración de la conciencia, concepto que no surge con características propias ni límites precisos. La única precisión se expresa con lenguaje propio en el código penal de la República Argentina (14) como la “...imposibilidad en el momento del hecho de comprender la criminalidad del acto o dirigir las acciones...”.

Asimismo, en el caso en que una persona actúa bajo aquel estado de alteración mental que la clínica psiquiátrica denomina inconciencia, que implica desconexión con el mundo y una actividad automática del organismo; el derecho penal no se plantea aquí una causal de inimputabilidad, sino por el contrario opina sobre la ausencia de delito por atipicidad, porque un delito requiere por defi-

nición de una acción humana, típica, antijurídica, y punible o culpable; y en el caso planteado del automatismo estaríamos en ausencia de acción que constituye el primer elemento de la definición de delito.

Por todo lo expuesto estamos en condiciones de afirmar que la psiquiatría forense puede determinar que una persona participó de un hecho delictivo sin ninguna alteración de la conciencia o bien diagnosticar alguna patología y estimar algún grado de alteración de la conciencia hasta el grado de la inconciencia (desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica) no obstante, compartimos plenamente la opinión de Cabello (12) cuando expresa: "...desde el ángulo legal, la conciencia gravemente alterada, limita el campo del discernimiento hasta la incomprensión del accionar delictivo, y este enjuiciamiento, como sabemos es en definitiva tarea exclusiva del juez...".

Al momento de valorar la veracidad de la amnesia, Cabello (12) establece que aquello que se ha olvidado o pretendido olvidar no debe desvirtuar lo que se ha hecho. Asimismo afirma que si el delito se mueve dentro de una estructura teleológica (intencionalidad y finalidad), la inconciencia debe ponerse en cuarentena. Desde la perspectiva de la psicopatología forense relaciona la amnesia con la conducta e infiere que todas estas experiencias nos ponen sobre aviso acerca del carácter relativo de la memoria al evaluar el estado de inconciencia; opina además que habitualmente en el estado de inconciencia se produce una ruptura biográfica, ya que el delito ha quebrado la unidad personal del sujeto, convirtiendo la acción ilícita en un acontecimiento anómalo, insólito, extraño, y a-histórico, que no forma parte de la conducta habitual del sujeto.

Para finalizar se puede afirmar que para la psiquiatría forense, según Monchablón(55), el problema médico-legal es el diagnóstico, rara vez actual, casi siempre retrospectivo, y que tiene una doble faz:

- Diagnóstico de posibilidad de estado de inconciencia.
- Diagnóstico de relación estado de inconciencia- delito.

Sobre el Concepto de Trastorno Mental Transitorio

A modo de materia de estudio médico legal comparativo, la presente temática, amerita referirnos al constructo legal español denominado "trastorno mental transitorio", término acuñado por el psiquiatra valenciano Sanchis Banus e incorporado por el código penal español en la reforma de 1932. Del mismo modo que el "estado de inconciencia" el trastorno mental transitorio ha sufrido numerosas críticas, como la del psiquiatra barcelonés, Marcó Rivé "...La referencia al trastorno mental transitorio, es innegablemente acientífica, borrosa e im-

precisa, pues no explica qué debe entenderse por tal...".(50)

Por su parte Burgos Mata(53) cita a Muñoz Conde cuando pone de manifiesto que en la doctrina penal española, enajenación y trastorno mental transitorio han sido concebidos hasta ahora como dos estados idénticos, psicológicamente hablando, que se distinguen por su duración.

En nuestro medio y sobre todo en ámbitos médico-legales este concepto llevó a mayores confusiones porque se utilizó como un diagnóstico psiquiátrico inespecífico, hecho que fue motivo de serias críticas como las de Alfredo Achaval(2), cuando señala que no se ha agregado ninguna claridad al concepto de inconsciencia de nuestra legislación y se intenta, con un concepto analógico de 1932, en España, explicar aquello que el legislador puso en vigencia en nuestro país en 1921, desaconsejando por lo tanto su aplicación a psiquiatras forenses en sus pericias, y a los jueces en las jurisprudencias.

ETIOLOGÍAS DEL ESTADO DE INCONCIENCIA

Diversas patologías pueden alterar la conciencia, desarrollaremos en este capítulo aquellas que ofrecen interés médico-legal, en razón que el presente trabajo tiene por objeto de estudio del fenómeno de la simulación del estado de inconciencia cuando se ha cometido un hecho delictivo, y esto no puede ocurrir, por ejemplo, en un paciente en estado de coma.

Para su estudio se las puede agrupar en relación a su etiología en: origen tóxico (alcohol, psicofármacos, etc.), orgánico (epilepsia), o funcional (sonambulismo, hipnosis entre otros).(55)

Trastornos mentales producidos por la intoxicación con sustancias psicoactivas:

- Alcohol
- Bensodiazepinas
- Otras.

Trastornos mentales de origen orgánico:

- Epilepsia.
- Traumatismos de cráneo.
- Delirium.

Trastornos mentales de origen funcional:

Trastornos disociativos.

- Amnesia disociativa

- Fuga disociativa
- Trastorno de identidad disociativa.
- Trastorno de despersonalización.
- *Red outs*.

Trastornos del sueño.

- Sonambulismo

Se describen a continuación las características principales de las patologías que dan origen a diferentes alteraciones de la conciencia y las correspondientes consideraciones médico-legales al respecto.

Trastornos relacionados con sustancias

El DSM IV (22) incluye bajo esta denominación a los trastornos relacionados con la ingestión de alguna droga de abuso (como los hipnóticos, opioides, ansiolíticos, inhalantes, cocaína, alcohol, etc) y los efectos secundarios de un medicamento o a un tóxico.

De los distintos trastornos que las sustancias pueden producir son de interés para el presente trabajo la Intoxicación, el delirium y el trastorno amnésico, porque en dichos estados habitualmente es menester evaluar si el sujeto actuó en estado de inconciencia.

En la actualidad, un alto porcentaje de sujetos delinquen intoxicados por una o varias sustancias, más frecuentemente alcohol y benzodiazepinas.

Alcohol

El etanol, es responsable en el hombre de la producción de formas clínicas del estado de inconsciencia, durante siglos ha cumplido diversas funciones simbólicas, tanto en el orden religioso, como social. En este último caso, es bien conocida la importancia criminógena del alcohol, hallándose abundantes datos estadísticos que prueban la íntima relación que existe entre delincuencia y ebriedad.(28)

Es menester destacar el relevante número de accidentes de automóviles que son ocasionados por conductores ebrios; suicidios, lesiones y homicidios en los que se descubre la existencia de alcohol etílico.(85)

Cuando un ciudadano es detenido por un hecho delictivo en el que se encontraba alcoholizado, la instrucción fiscal suele requerir del perito el cálculo de alcoholemia retrospectiva al momento del hecho, es decir la graduación de alcohol en sangre que el individuo presentaba al momento del hecho a los fines

de poder determinar el estado mental del mismo y la capacidad de comprensión de la criminalidad de sus actos y dirección de sus acciones. Teniendo en cuenta que el imputado es detenido varias horas después del hecho, las muestras sanguíneas son obtenidas durante ese lapso de tiempo.

La ingestión anterior o simultánea de alimentos sólidos disminuye la velocidad de la absorción por retardo en el vaciamiento gástrico. El ayuno en cambio acelera, el paso de la bebida alcohólica al intestino delgado y por ende a la sangre. Se ha demostrado que la absorción es más rápida cuanto mayor el grado alcohólico de la bebida, especialmente si la graduación está comprendida entre 20 a 30 grados.(29) Prácticamente el 90% de alcohol que ingresa al organismo es metabolizado, principalmente en el hígado.

Curvas de absorción-eliminación de etanol en sangre y cálculos de alcoholemia retrospectiva

El alcohol desde que ingresa al organismo atraviesa tres períodos claramente identificables, el primero indica una alcoholemia ascendente, que se manifiesta en la etapa de absorción de alcohol desde el tracto gastrointestinal a la sangre, le sigue luego una segunda etapa de equilibrio entre el ingreso por difusión y eliminación oxidativa que se puede graficar como una zona de meseta, finalmente mediante la metabolización del alcohol en el hígado se ingresa a la etapa de la tercera etapa o de eliminación con una alcoholemia descendente.

Es importante tener en cuenta que los cálculos de alcoholemia sólo tienen validez en la etapa de eliminación, es decir, en la rama descendente de la curva absorción – eliminación.

Para poder realizar el cálculo de alcoholemia es menester efectuar dos determinaciones de alcoholemia, sucesivas, para asegurar que se está en la etapa neta de eliminación(56), Por su parte Achaval (1) destaca que la prueba de la alcoholización y sus distintas etapas no han sido consideradas de una manera demasiado seria, sino que, por el contrario, pocas veces es confiable. Reafirma además que es inadmisibles una sola extracción, tardía e injustificada, ya que la toma única no permite personalizar la curva de eliminación.

El efecto del alcohol es variable en cada individuo, al punto que se ha descrito una afección psicopatológica denominada ebriedad patológica o complicada que revela una particular sensibilidad de algunas personas al efecto del alcohol que produce en las mismas la alteración de la conducta conciencia y el juicio crítico, independientemente de la cantidad de alcohol ingerida o bien ante la ingestión de pequeñas cantidades del mismo.

Se han establecido no obstante pautas generales según el grado de ebriedad que Covelli(17) describe del siguiente modo:

- 1) 1er. grado o de ebriedad incompleta: este período se ubica con una alcoholemia de hasta 2 grs.
- 2) 2do grado o de ebriedad completa: también llamado período médico legal de la embriaguez, en este período aparecen los automatismos y se pierde la conciencia y comprensión de los actos. Este período se establece con alcoholemias de entre 2,50 a 3 grs.
- 3) 3er. Grado de ebriedad: en este período se llega al coma y con alcoholemias mayores a 3 grs.

Tranquilizantes, hipnóticos y barbitúricos

Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son combinados frecuentemente en la actualidad con el alcohol. Se consumen también dosis intoxicantes de sedantes o benzodiacepinas para mitigar el efecto de la cocaína o anfetaminas. El abuso de estas sustancias puede dar lugar a situaciones peligrosas. En la intoxicación por sedantes o ansiolíticos se producen cambios fisiológicos o comportamentales desadaptativos, que puede incluir comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad emocional, y deterioro de la capacidad de juicio entre otras alteraciones. El síntoma predominante de este tipo de intoxicación es el deterioro de la memoria a modo de una amnesia anterógrada similar a los trastornos de memoria producida en la intoxicación por alcohol o Blackouts.(22)

Epilepsia

La epilepsia se define como una afección crónica esencialmente caracterizada por la repetición más o menos frecuente de crisis convulsivas o fenómenos equivalentes.

Una crisis aislada se considera hoy como diferente de la epilepsia propiamente dicha.

Esta patología se expresa mediante las llamadas crisis epilépticas, que son manifestaciones neurológicas que se presentan bajo la forma de crisis paroxísticas recurrentes. Se trata de episodios de instalación brusca, paroxística, con o sin compromiso del sensorio, ocasionada por una descarga anormal, excesiva y desordenada de un grupo de células nerviosas.(7)

En escasas ocasiones una persona que sufre de epilepsia comete actos ilegales como resultado directo de su ataque epiléptico, en tal sentido

Monchablón Espinoza menciona que Gastaut no ha encontrado, en su carrera, más que dos casos de homicidios ligados a una crisis epiléptica.

Existen investigaciones que confirman estas afirmaciones como los trabajos de Delgado-Escueta et.al(20), citado en Kenneth (43) "The nature of agresión during epileptic seizures", Perrine y Congett(63) y los de Cosacov, Wior, y Ávalos(16) "Violencia y Epilepsia Aspectos Médico Legales" y en los que se discute la idea de que los epilépticos están propensos a actos violentos durante crisis. Estos conceptos erróneos se han perpetuado tanto por los mitos como por los estigmas que rodean a la epilepsia, así como por los intentos de abogados para usar la epilepsia como una defensa en casos criminales.

Diversos autores han tratado la problemática de los trastornos psiquiátricos, conductuales y consecuencias legales de la epilepsia.(11, 41, 46, 63, 64, 78, 79).

En la publicación científica de Delgado-Escueta y cols. se determinó que la violencia ictal dirigida hacia otras personas durante las crisis es en realidad muy rara. En dicho trabajo se cita un estudio de 5.400 epilépticos en el cual, sólo se encontró a 19 pacientes con agresión ictal, que en su mayor parte constó de conducta agresiva hacia objetos o actos casi agresivos como vociferación; y sólo un paciente mostró violencia verdadera hacia otra persona.

Sin embargo, cuando realmente ocurre que un paciente portador de epilepsia comete actos ilegales o delictivos, como resultado de una crisis epiléptica, las cortes en general aceptan que la persona actuó inconcientemente o en un automatismo epiléptico, hecho de suma importancia médico-legal al momento de dictaminar sobre la comprensión del hecho delictivo y la imputabilidad.

Si la conducta criminal se encuentra organizada, aún la más simple, significa en términos neurofisiológicos, integridad de varios sistemas (motores, sensitivos, sensoriales, visuales, táctiles, cognitivos) que exigen una alta coordinación entre ellos e interacción con el medio y por lo tanto conciencia de sus acciones.

Como regla puede establecerse que a mayor complejidad de una acción menor posibilidad de automatismo.

Van Rensburg (82) se plantea las posibles razones que podría haber para que esta conducta ilegal se produzca durante o directamente después de los ataques epilépticos, y refiere que en la literatura pueden encontrarse ciertas pautas que pueden ser convenientemente divididas en tres categorías: razones interictales, razones ictales y razones post-ictales según el momento, antes, durante o inmediatamente después de las crisis y concluye que en la mayoría de

los casos en que los actos ilegales han sido cometidos durante el automatismo epiléptico, los perpetradores tienen amnesia completa respecto de estos episodios y no pueden, por eso, ofrecer una explicación de los motivos subyacentes o razones de sus conductas anormales.

Trastornos disociativos

La Disociación Mental

Hacia fines del siglo XIX Pierre Janet estudió una serie de pacientes histéricos en el servicio de la Salpêtrière, utilizando las técnicas hipnóticas que Charcot estableció como herramientas de observación y experimentación, y desarrolló el concepto de disociación mental, término que luego introdujo en la psiquiatría, y no sólo prestó su nombre a la categoría nosológica actual de trastornos disociativos, sino que continúa siendo fundamento de la comprensión moderna de sus manifestaciones clínicas. En estos desarrollos surgió también el concepto de automatismo psicológico.(42)

El manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, DSM IV caracteriza la disociación como una desorganización de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o percepción del entorno, y la Organización Mundial de la Salud, CIE 10 (13) la define como la pérdida parcial o completa de la interacción normal entre recuerdos, conciencia de identidad, sensaciones inmediatas, y control de los movimientos corporales; ambos sistemas de clasificación concuerdan en que la disociación se relaciona con el sistema de memoria, conciencia y dominio de la identidad personal.

Con el tiempo el concepto de disociación ha sido utilizado de tres modos diferentes, como una falta de integración de módulos o sistemas mentales, como un estado alterado de conciencia, o bien como un mecanismo de defensa.

En los trastornos disociativos siempre se encuentran presentes dos órdenes de alteraciones, en el “comportamiento”, representado por la dificultad parcial o completa para controlar deliberadamente procesos que normalmente son influidos por la voluntad (automatismos), y lo que se dio en llamar “distanciamiento”, que se define como un estado alterado de conciencia que se caracteriza por la alienación del sujeto o del mundo externo. En un nivel descriptivo, el distanciamiento se manifiesta como desrealización y/o despersonalización.(72)

La disociación puede presentarse sintomáticamente como una reacción al trauma, denominado Automatismo Sectorial(25) como en el caso del abu-

so sexual en la niñez. Steimberg citado en McSehrry (54) argumenta que los síntomas capitales de la disociación son las secuelas del abuso sexual en niños, identifica cinco síntomas disociativos, amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad, finalmente propone que todos estos síntomas necesitan estar presentes para efectuar el diagnóstico del trastorno.

Spiegel y Cardeña citados en Porter (66), refieren que el estado disociativo se caracteriza por un sentido de desconexión del ser físico o psicológico (despersonalización) o del entorno social y físico (desrealización), y que durante la despersonalización se experimenta un sentimiento de distanciamiento, como si uno fuera un observador externo de uno mismo o un sentimiento de autómeta.

Autores como Porter hacen la diferenciación entre amnesia disociativa, estado disociativo y disociación, entonces, amnesia disociativa se refiere al proceso de olvidar luego de una experiencia traumática, un estado disociativo se refiere a un estado alterado de la conciencia que ocurre durante la experiencia traumática. Disociación es el término más general que se refiere a la separación de cualquier proceso psicológico normalmente integrado, que abarca ambas, la amnesia disociativa y el estado disociativo.(66)

La prevalencia de los trastornos disociativos oscila entre el 5 y 20,7% de los pacientes hospitalizados, y el 12 al 13,8% de los pacientes ambulatorios, puede presentarse en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, y además los síntomas disociativos forman parte de otras enfermedades psiquiátricas. La identificación diagnóstica de los trastornos disociativos generemalmente es inadecuada.(24)

Clasificación de los Trastornos disociativos

En esta sección el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, incluye los siguientes trastornos:

Amnesia disociativa

Que se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Fuga disociativa

Se caracteriza por viajes repentinos inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

Trastorno de identidad disociativo

Anteriormente denominado personalidad múltiple, caracterizado por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante. Este trastorno es el de mayor importancia médico-legal para el tema de investigación y será desarrollado más en profundidad en la discusión.

El DSM IV (22) establece tres características definitorias del T.I.D.

- * Presencia de dos o más identidades distintas o estados de personalidad usualmente referidas como «alter personalidades» o simplemente alters.
- * Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad, recurrentemente toman control de la conducta de la persona.
- * La amnesia constituye la tercera característica del desorden, y es la incapacidad de recordar información personal importante, que es muy extensa para ser explicada por el olvido común

Trastorno de depersonalización

Sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de realidad.

Trastorno disociativo no especificado

Diagnóstico que se utiliza para codificar los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

Red Outs

El término surge de una anécdota que se describe en un trabajo de Gayla Swihart (73) sobre el rol de la memoria estado anímico– dependiente en los red outs, y se refiere a un hombre que no podía encontrar a su esposa en una fiesta durante 10 ó 15 minutos y supuso que estaba teniendo sexo con un colega, cuando en realidad, estaba en balcón hablando con dos mujeres. Más tarde esa noche mientras su mujer yacía durmiendo la atacó brutalmente. Dijo que sentía como si se estuviese ahogando en una marea roja (*red tide*) y se llamó a estos incidentes *red outs*. Otros autores dieron cuenta de estos *red outs*, destacando que la mayoría de los asesinos con los que trató que mataron a aquellos que más querían, no sabían porqué lo hicieron, y frecuentemente se enteraban o se daban cuenta de su crimen y de lo que habían hecho, después del hecho.

Hay opiniones encontradas al respecto de la validez de estos testimonios ya que nunca podrá ser absolutamente comprobado lo que otro individuo recuerda o no.

Algunas opiniones mantienen la hipótesis de que el fenómeno *red outs* no existe; asimismo, otros opinan que el hecho de que algunos individuos asuman responsabilidad de sus crímenes y digan que saben, que lo deben haber hecho aunque no recuerden, da credibilidad a sus alegatos, agregan además que da credibilidad al fenómeno de amnesia de actos violentos el hecho de que ha sido reportado de forma similar por décadas.

En nuestro medio este tema guarda alguna relación con lo descrito en estados alterados de conciencia producidos por estados emocionales severos en los que es menester evaluar si se trata de un hecho encuadrado en las reacciones emocionales agudas (emoción violenta) o bien si se trata de un estado de emoción inconciencia o bien la grave alteración de la conciencia producida por un estado emocional.

Gayla Swihart (73), al final de su trabajo plantea una serie de preguntas que quedan sin respuesta acerca de los *red outs*, a saber:

- ¿Con qué frecuencia ocurren?
- ¿Ocurre sólo en hechos muy violentos, como agresión y asesinato?
- ¿Cuál es el lapso de tiempo usual de un red out?
- ¿Qué duración tiene un período de amnesia antes, durante y después del crimen?
- ¿Hay alguna memoria durante el período de red out, esto es amnesia completa vs. amnesia fragmentada?

Y concluye con la afirmación de que estudios empíricos sobre estas y otras preguntas relacionadas mejorarían nuestra comprensión de este fenómeno.

Trastornos del sueño

Sonambulismo

El sonambulismo se caracteriza por la existencia de episodios repetidos de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño, en los cuales la persona que los padece se levanta de la cama y se pone en marcha. En estos episodios el individuo presenta una disminución de la actividad vigil y de la reactividad a los estímulos, mirada fija, perdida y una ausencia relativa de respuesta al diálogo.

En los episodios de somambulismo la persona puede desplegar una amplia gama de comportamientos, levantarse de la cama, salir de su casa, subir o bajar escaleras, comer y en ocasiones hablar, no obstante la mayoría de los comportamientos que aparecen en los episodios de sonambulismo son de carácter rutinario y poco complejas.(22)

Durante los últimos veinticinco años en el Servicio de Psiquiatría Forense, no se registraron reportes de hechos delictivos producidos en estado de sonambulismo, como así tampoco casos de sugestión o hipnotismo, no obstante son descriptos en tratados de psiquiatría forense.

Objetivos

Objetivos generales

1. Realizar una revisión de los criterios de simulación de amnesia y estados de inconsciencia.
2. Conocer las características principales de los casos sometidos a pericias que invocando estado de inconsciencia en el momento de perpetrar el delito, lo simularon.
3. Proponer una estrategia metodológica que permita sugerir los pasos a seguir a fin de diagnosticar simulación de estados de inconsciencia.

Objetivos específicos:

1. Sistematizar la información recabada en los informes periciales.
2. Determinar que patologías (trastorno mental y de personalidad) que se asocian más frecuentemente con la argumentación de estados de inconsciencia.
3. Proponer un instrumento metodológico (para el diagnóstico de simulación de estados de inconsciencia).
4. Describir la relación que vincula a las diversas variables estudiadas en la presente investigación.
5. Efectuar evaluación de efectividad del método cotejando los resultados de informes periciales con la resolución de los juicios en los respectivos casos.
6. Definir líneas de acción para futuras investigaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño general:

El estudio proyectado es un diseño de tipo descriptivo, retrospectivo, mixto (cuantitativo – cualitativo).

Se efectuará una descripción y análisis cualitativo de los aspectos fundamentales del fenómeno de la simulación de inconciencia en general y de los simuladores en particular.

Teniendo en cuenta que este estudio tiene un diseño mixto, combinando metodología cuantitativa con metodología cualitativa, y que esta última ha sido recién en las últimas décadas ampliamente reconocida, difundida y utilizada como una forma de acceder al conocimiento científico, es importante exponer un breve resumen de sus características principales. El marco organizador singular de la investigación cualitativa es la concentración teórica y metodológica en las complejas relaciones entre: 1) los significados personales y sociales, 2) las prácticas individuales y 3) el entorno material o contexto.

El investigador que utiliza metodología cualitativa suele preguntarse por qué, cómo y en qué circunstancias suceden las cosas; busca una comprensión profunda; explora y descubre; involucra a los entrevistados como participantes activos, más que como población objetiva.

El marco teórico para la mayoría de las investigaciones cualitativas surge de una perspectiva comprensiva, un paradigma que ve el mundo como construido, interpretado y experimentado por las personas en sus interacciones recíprocas y con sistemas sociales más amplios. Tres componentes fundamentales de este marco son las percepciones e interpretaciones subjetivas (que surgen de la experiencia), las acciones o comportamientos objetivos y el Contexto.(80)

El análisis cualitativo también permite al investigador vincular los resultados de los tres componentes para explorar las múltiples relaciones entre ellos. Por eso es que los tipos de preguntas que surgen en un marco interpretativo son principalmente las concernientes a por qué, cómo y en qué circunstancias, más que las vinculadas con el qué y el cuánto. La investigación cualitativa permite abordar el fenómeno de la simulación mediante el análisis y registro del discurso y vivencias de los imputados, por lo que resulta pertinente para alcanzar parte de los objetivos del presente estudio.

Metodología cualitativa

La investigación cualitativa se basará en el análisis y descripción de los relatos de los imputados registrados con motivo de la realización de la pericia. Estos registros habitualmente no forman parte del informe pericial que se eleva al fiscal de instrucción que dirige la investigación, por el contrario se guardan en registros por separado, dichos relatos si bien sirven al perito a los fines del diagnóstico y dictamen final, no se transmiten de modo textual en los informes periciales, por motivos y cuestiones previstas en el derecho procesal penal. (15)

En el procedimiento pericial, el perito médico psiquiatra, además de efectuar un resumen de historia clínica y el correspondiente diagnóstico clínico psiquiátrico, debe dictaminar sobre el estado mental del imputado al momento del hecho, especialmente referido a la comprensión de la criminalidad del acto delictivo, para ello debe cotejar la información aportada por toda la documentación al alcance en el expediente (dinámica delictiva, dosajes de sustancias tóxicas en sangre, testimonios de terceros, etc.), con la información obtenida en el examen clínico, momento en que cobra especial importancia la versión de lo ocurrido por parte del imputado, y oportunidad para determinar la posibilidad de simulación.

A fin de la obtención de los datos cualitativos se tomaron 20 fragmentos de relatos de los casos seleccionados para la muestra, los mismos están incorporados en el capítulo de documentación cualitativa.

Metodología cuantitativa

Población bajo estudio y muestra:

- 1) El presente trabajo se realizará en el Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. Tribunales II (fuero penal), Servicio de Psiquiatría Forense.
- 2) Se efectuará la recolección de la muestra entre enero de 2002 y enero de 2006, cada caso será elegido cuando la persona examinada refiera no recordar el hecho delictivo.

- 3) En el Servicio de Psiquiatría Forense se realiza anualmente un promedio de 5.500 pericias, distribuidas por orden entre ocho psiquiatras forenses, razón por la cual la recolección se efectuará en forma aleatoria.
- 4) Cada caso seleccionado para la muestra será tratado con la misma metodología, es decir la pericia psiquiátrica, que implica un proceso de investigación retrospectivo, que no sólo cuenta con el examen clínico psiquiátrico, la realización de estudios complementarios, sino con el análisis de toda la documentación al alcance, es decir de la información aportada por los expedientes correspondientes en cada caso. Cada pericia concluye con un diagnóstico del Eje I (patologías según diagnóstico clínico psiquiátrico) y Eje II (trastornos de personalidad y retraso mental) del DSM IV (22) con los códigos CIE-10 (13), (Clasificación de validez internacional) y la consideración médico legal sobre la simulación y comprensión o no del hecho delictivo.

Tipo de muestra: muestreo aleatorio sistematizado. Número de casos 148.

Instrumento de recolección de datos: se confeccionó una ficha para sistematizar los datos de los casos.

Dicha información fue codificada y volcada a una planilla de Excel para su posterior procesamiento (planilla general de datos, pp 43-44).

Variables

En la ficha de datos se consignaron las sigues variables:

- o Edad
- o Sexo
- o Diagnóstico- eje I y eje II DSM IV– principales y secundarios
- o Tipo de delito
- o Presencia de antecedentes penales.
- o Simulación.

Definición de las variables:

o Edad: la consignada en el expediente del caso. Se coloca el número entero de años sin meses.

o Sexo: el consignado en el expediente.

Se codifica como: Masculino (1); Femenino (2)

o Diagnóstico: se utilizan los códigos del DSM-IV (22) compatibilizada con la versión del CIE-10.(13) Es un sistema de categorías a las que se asigna entidades patológicas de conformidad con criterios establecidos que intenta clasificar toda la gama de estados patológicos dentro de un número manuable de categorías. Por Ej. F14.1 corresponde a la entidad “abuso de cocaína” en el DSM-IV (22) y al número 305.60 en el CIE-10 (13), dentro de la categoría “trastornos mentales y del comportamiento”, los ejes diagnósticos los complementan y los enriquecen. Todos los organismos oficiales tienen como norma utilizar algún tipo de codificación. Resumiendo, en el Eje I se codifican los Trastornos mentales o diagnóstico clínico psiquiátrico y en el Eje II los trastornos de personalidad y el Retraso Mental.

o Tipo de Delito: la palabra delito del latín delictum (21), culpa, crimen, quebrantamiento de la ley. En derecho es la acción u omisión prohibida por la ley bajo amenaza de una pena. Las características esenciales son:

a- Es un acto humano.

b- Es antijurídico por la oposición de la conducta al derecho vigente.

c- Es típico, ya que el hecho delictuoso corresponde con un tipo subsumido por un artículo del Código Penal.(14)

d- Es culpable porque puede imputarse al autor intencionado o negligente del delito cometido dado la relación de causalidad existente entre el agente y su acción.

e- Es punible, es decir sancionable con una pena expresamente señalada con el Código Penal.(14)

No es parte de este trabajo profundizar las diferentes teorías sobre el

derecho, tomamos a tal fin definiciones generales de uso operativo.

Para sistematizar la información recabada los delitos serán clasificados en seis grandes grupos:

1. Homicidio (delitos contra las personas): en términos generales el homicidio es la muerte causada a una persona por otra. Las clases de homicidio según el derecho penal comprenden el voluntario (a plena conciencia) y puede ser simple o calificado; el involuntario o culposo, lícito en su origen y no imputable a dolo cuyo resultado antijurídico no fue previsto y que acaeció por impericia o imprudencia o infracción de reglamento, etc., también el homicidio preterintencional acto u omisión encaminada a un daño corporal sobre la víctima pero menor que el de la muerte a consecuencia del cual esta se produce efectivamente.
2. Abuso Sexual (delitos contra la honestidad): hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder. Utilizamos el concepto general de abuso sexual.
3. Robo y Hurto (delitos contra la propiedad): según el CP robo es apoderarse ilegítimamente de una cosa mueble, total o parcialmente ajena con fuerza en las cosas o con violencia física en las personas, sea que la violencia tenga lugar antes del robo para facilitarlo, en el acto de cometerlo o después de cometido para procurar su impunidad. Art. 164 Cap. II del C. P. de la República Argentina (14) mientras que el hurto corresponde a la siguiente definición desde el Derecho Penal: el que se apoderare ilegítimamente de una cosa mueble, total o parcialmente ajena.
4. Violación de Domicilio (delitos contra la libertad): es entrar en la morada o casa de negocio ajena, en sus dependencias o en el recinto habitado por otro, contra la voluntad expresa o presunta de quien tenga derecho a excluirlo. Art. 150 del C. P. Cap. II. (14)
5. Otros: delitos no incluidos en las definiciones usadas en 1- 2- 3-4

6. Concurso de delitos (incluye delitos del tipo 1-2-3, etc.) cuando un hecho por diversos motivos cayere bajo más de una tipificación penal.

o Presencia de antecedentes penales: se toma como referencia la planilla prontuarial donde constan todos los delitos que registra el sujeto. Con antecedentes se codifica 1 – sin antecedentes 2.

o Simulación

Simular: Es un fraude clínico, consiste en imitar, acentuar o crear intencionalmente signos o síntomas patológicos y enfermedades, con una finalidad especulativa.(6)

Bruno y Cabello (9) la definen como la actitud psíquica consciente y voluntaria donde se representa plásticamente un determinado evento mórbido con la intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar a un tercero.

Se diferencia de la disimulación que es la forma contraria de la simulación, en estos casos el sujeto trata de demostrar salud ante un examen que pudiera invalidarlo por carencia de las aptitudes psicofísicas, se la observa más frecuentemente en procesos civiles y laborales.(62)

Variedades de simulación:

- Imitada: se reproducen los síntomas de la enfermedad de otro paciente.
- Provocada: el sujeto se produce artificialmente lesiones o provoca deliberadamente la crisis de una enfermedad existente, crónica y compensada, como por ejemplo la epilepsia.
- Exagerada: sobre una patología existente el paciente simula mayor gravedad (sobresimulación).
- Metasimulación: se sostiene en el tiempo la sintomatología un trastorno psiquiátrico ya desaparecido.
- Alegada: se manifiestan síntomas subjetivos sin que existan manifestaciones objetivas de la enfermedad referida.
- Presimulación: consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de poder liberarse de la responsabilidad legal.

REVISIÓN DE LOS CRITERIOS DE SIMULACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es tarea fundamental del presente trabajo, la construcción de un instrumento que a modo de guía proponga los pasos a seguir en el razonamiento clínico psiquiátrico forense a los fines de desentrañar la autenticidad de un episodio de inconciencia invocado en relación a la acusación de un delito determinado.

A fin de construir este instrumento o guía para aplicar en la determinación de la simulación del estado de inconciencia, se efectuó una revisión de los criterios de simulación en general y de amnesia en particular, estudiados o sugeridos en los trabajos de:

Bradford	1979 (8)	Cabello	1982 (12)
Bonnet	1983 (6)	Taylor	1984 (74)
Kopelman	1987 (44)	Wiggins	1988 (86)
Ekman	1988 (23)	Marcó Ribé	1990 (50)
González	1991 (36)	Delgado Bueno	1994 (19)
DSM IV	1995 (22)	Faust	1995 (27)
Resnick	1995 (68)	Othmer	1996 (58)
Kaplan	1997 (42)	Binks	1997 (5)
Mcsherry	1998 (54)	Swihart	1999 (73)
Verdú Pascual	1999 (83)	Folino	2001 (32)
Porter	2001 (66)	Bruno y Cabello	2002 (9)
García Domingo	2004 (35)	Spinetto	2005 (71)
Achával	2006 (3)	Covelli	2007 (17)
Pérez Milán	2007 (62)		

Los mencionados criterios fueron elegidos, seleccionados y ordenados a modo de una guía, con el fin de que pueda ser empleada en el procedimiento pericial de investigación de los estados de inconciencia. De este modo podemos considerar: criterios generales de actitud simulatoria en la entrevista, criterios específicos para simulación de amnesia, falta de correlación entre el síndrome amnésico simulado y la conducta del sujeto y finalmente antecedentes psicopatológicos o conductuales asociados.

CRITERIOS GENERALES DE SIMULACIÓN EN LA ENTREVISTA

- **Ámbito propicio:** el sujeto se encuentra en un ámbito y situación en el que tiene poderosas razones para simular o exagerar los síntomas para evitar las consecuencias legales o sociales derivadas de sus actos.
- **Reticencia:** ocultación no hostil, falta de cooperación, referencias de olvidos de mucha información.
- **Manipulación:** Intentos de tomar el control de la entrevista.
- **Oposición:** ocultación hostil, actitud antagonista, comportamiento intimidante o desafiante.
- **Demora en las respuestas:** prolongación del tiempo de latencia de las respuestas que traduce en alguna medida la selección cuidadosa de la respuesta, además de la creencia generalizada de que es el modo de respuesta de la persona alterada.
- **Evasión:** o intentos de distracción, respuestas evasivas cuando están dirigidas a una cuestión vital para el simulador.
- **Respuestas emocionales:** provocación intencional de crisis de llanto, enfado, vergüenza o respuestas emocionales en el paciente que tienen la intención de despertar empatía o compasión.
- **Exageración y dramatización:** bajo el supuesto que mientras más extraño será más creíble.
- **Sobreactuación:** actuar como tontos, locos o sordos, según el imaginario social al respecto de que las personas con patología mental ofrecen ese aspecto, esto se traduce en contestaciones burlescas, irónicas y ridículas.
- **Llamar la atención sobre la enfermedad:** conducta habitualmente contraria en pacientes realmente enfermos.
- **Dificultad de mantener la simulación por períodos largos:** una persona sana requiere de extrema concentración en el acto simulatorio y tiene necesidad de descansar, siendo más probable diagnosticar situación en entrevistas prolongadas.
- **Simulación de síntomas evidentes:** y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad, dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero que no son tan conocidos u observables. Esto se pone de manifiesto en la dificultad para fingir síntomas fisiológicos, porque el simulador habitualmente no conoce los signos y síntomas

asociados o secundarios a la enfermedad.

- Diversidad sintomática o atipicidad: ficción de síntomas pertenecientes a varias enfermedades, y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos.
- Alteraciones del Lenguaje: *lapsus linguae*, utilización de muletillas (ehs...ahs...), repetición de frases, palabras o sílabas.
- Angustia y Ansiedad: puede haber indicios de ansiedad antes de manifestar una expresión afectiva o discurso fingido por temor a ser descubierto.
- Malestar: un signo frecuente de ocultación es el malestar, el entrevistado se muestra incómodo o molesto, parece inquieto y con ganas de escapar.
- Incoherencia afectiva: ausencia de la afectividad clínicamente asociada con la enfermedad que simulan, es decir falta de compromiso afectivo por ejemplo ante la presencia de delirios, alucinaciones o amnesia.
- Ausencia de pródromos: el cuadro surge inmediatamente después de cometido el delito sin signos ni síntomas prodrómicos.
- Fracaso de los tratamientos: ausencia de respuesta al tratamiento convencional.
- Utilización de términos técnicos: la utilización de términos técnicos puede ser considerada un criterio de simulación, cuando son referidos intentando destacar la supuesta patología que se padeció al momento del hecho, como por ejemplo "...quedé en un estado de inconciencia...". (hallazgo del investigador)

DOBLES MENSAJES EN LA AFECTIVIDAD Y LAS EXPRESIONES

En el comportamiento encubridor el entrevistado suprime voluntariamente información consciente, no obstante los signos comportamentales, como las expresiones no verbales, emocionales, etc, generalmente se muestran fuera del control del entrevistado y señalan la ocultación, ya que las emociones genuinas habitualmente preceden la emisión verbal.

Contrariamente a las expresiones emocionales fingidas, las genuinas provienen del sistema límbico, las mismas se pueden poner de manifiesto en reacciones del sistema nervioso autónomo, en movimientos reactivos, automatismos, expresiones faciales, y cambios en el tono de voz.

- Respuesta autonómica adrenérgica: representada por aumento de pulsaciones, humedad en los labios, temblor de manos, ruborización, dilatación pupilar, sudoración, respiración audible y aumento de su ritmo.
- Movimientos reactivos: en el desarrollo de una entrevista habitualmente un ruido o movimiento repentinos provocan en el paciente una respuesta de atención hacia el foco de distracción (mirando hacia arriba por ejemplo) y luego volviendo la atención hacia el estímulo del entrevistador. En estos casos el paciente encubridor suele desplegar dos conductas, o bien suprime estos movimientos reactivos, o pone demasiada atención en la interrupción para facilitar la distracción.
- Expresiones faciales: se pueden observar inicios de expresiones emocionales en el rostro que son reprimidas rápidamente, son respuestas espontáneas que no pueden ser controladas desde el inicio y por ello se encienden y se apagan, y en el intento de control el examinado puede parecer inexpresivo o presentar por ejemplo una sonrisa de apariencia artificial.
- Comportamientos automáticos: como intentos de recuperar la postura, tanto los animales como los seres humanos se acicalan, esto se traduce en comportamientos como rascarse la cabeza, masajearse la nariz, aflojarse el cuello de la camisa, encogerse de hombros, etc.
- Cambios en la voz: en el comportamiento encubridor el paciente suele intentar encubrir sus emociones mediante la utilización de un ritmo y tono de voz monótono y otras veces con verborrea y tono aumentado.

CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA SIMULACIÓN DE AMNESIA

- Amnesia recortada y parcial: a la etapa amnésica se llega y se sale bruscamente, súbitamente, conformando una amnesia recortada, y por consiguiente con ausencia de estado crepuscular intermedio. Generalmente la etapa amnésica real se produce y se sale progresivamente.

- Amnesia electiva y utilitaria: abarca las situaciones comprometedoras y en cambio deja a salvo los engramas mnésicos que puedan resultar favorables, es decir guarda relación con los intereses personales.
- Amnesia variable: la amnesia dista mucho de constituir un cuadro clínico inamovible. Cotejando los repetidos relatos registrados se verán aparecer hechos nuevos y desaparecer otros, hasta que el inventario final señale, sin mayores dificultades, la simulación. Además puede ser influenciado por la sugestión y por la persuasión.
- Exclusividad sintomática: no se presenta con un cortejo sintomático propio de los episodios amnésicos reales sino como signo psicopatológico único.
- Aparición oportuna: la amnesia sobreviene con preferencia inmediatamente después de cometido el delito, o bien después de las primeras entrevistas con quienes asesoren sobre la conducta a seguir.
- Argumentación múltiple: frecuentemente los imputados al ser examinados refieren en primer lugar que no participaron del hecho delictivo, inmediatamente refieren que en realidad no saben si participaron o no porque estaban intoxicados con alguna sustancia, finalmente refieren que no recuerda nada, aquí claramente una argumentación excluye la otra. (criterio obtenido de la experiencia del investigador).

FALTA DE CORRELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME AMNÉSICO SIMULADO Y LA CONDUCTA DEL SUJETO

- Precaución: medidas precautorias, antes, durante y después de cumplir el acto.
- Preordenamiento: existencia de premeditación o de preparación previa del delito.
- Motivación e intencionalidad: evidencia de motivación para realizar el acto que se apoyan en sentimientos egosintónicos o intencionalidad, lo que indica que el delito se mueve dentro de una estructura teleológica.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS O CONDUCTUALES ASOCIADOS

- En los antecedentes no figuran factores que permitan considerar verosímil la legitimidad de la amnesia.
- Discrepancia entre el autorreporte y las constancias en los expedientes o los archivos médicos.
- Puede observarse una historia laboral incoherente con la enfermedad que se pretende simular.
- Antes y después del acto, no se registran episodios psíquicos análogos al de éste. Por el contrario, cree que ello puede ser perjudicial para su testimonio.
- Rasgos antisociales o psicopáticos (antecedentes penales en la planilla prontuaria).
- Acto que representa la etapa final de una reacción o un desarrollo psicógeno, como por ejemplo un desarrollo pasional.

MÉTODOS PARA EVALUAR SIMULACIÓN

Con respecto al diagnóstico de la simulación en general Perez Milán(62) afirma que, si bien existen algunas técnicas que se utilizan de forma sistematizada en la práctica pericial y son útiles para el diagnóstico de simulación, ninguna técnica aisladamente puede por separado constituir criterio definitorio.

Según la información funcional o morfológica que se necesite como objetivo para descartar un verdadero trastorno o enfermedad, serán las pruebas psicológicas auxiliares y otros exámenes complementarios seleccionadas a tal fin.

En la ejecución pericial, es frecuente que los peritados en procesos penales muestren pobre rendimiento en tareas que exploren memoria.

Para evaluar simulación se pueden utilizar en general métodos clínicos, sistematizados, corroborativos, e instrumentales.(32)

Clínicos:

- a) Observación (inconsistencia, cambio de conducta).
- b) Comparación (entre lo esperable y lo presentado de síntomas, signos y evolución).
- c) Interpretación (teatralidad, objetivos y coherencia de la conducta,

- antes-durante-después del hecho).
- d) Etiopatogénico (ausencia de factor causal).
- e) Fisiológicos (temperatura, pulso).

Sistematizados:

Constituidos por ejemplo por los test psicométricos, de inteligencia, estructurados: como el MMPI, neuropsicológicos como el canadiense “*Test of Memory Malingerin*” (77) entre otros. Este último como la mayoría de los test. para simulación de problemas de memoria diagnostican la simulación de un estado amnésico actual, pero no demuestran la simulación o el estado amnésico de un hecho delictivo determinado.

Corroborativos:

Estratégicos (subterfugios, observación oculta, condiciones severas, falsas identidades, etc.), contrastación con otras fuentes testigos: documentación en expedientes, historias clínicas, médicos, enfermeros, familiares.

Métodos auxiliares de diagnóstico: bioquímicos (alcoholemia y dosaje de otras sustancias psicoactivas), diagnósticos por imágenes, electrofisiológicos, etc.

Instrumentales:

Hipnóticos, farmacológicos (amobarbital), psicofisiológicos (polígrafo) todos ellos actualmente en desuso en la provincia de Córdoba, y muy cuestionados desde el punto de vista ético, por su inespecificidad, y la posibilidad de ser burlados, como por ejemplo en el caso del polígrafo o “detector de mentiras” que tiene en su contra el hecho que personas entrenadas pueden disimular o controlar expresiones corporales, Además de ser factible de errores falso-positivos, Iacono & Patrick (44) citados en Porter (66), y Zazzali(88).

Las investigaciones recientes indican que los profesionales psiquiatras y psicólogos en entornos legales pueden ser entrenados para aumentar su habilidad para detectar el engaño(67), ya que existe evidencia sustancial de que los imputados muestran una diferente constelación de conductas verbales y no verbales cuando mienten y cuando dicen la verdad.(66)

No obstante en el tema de investigación que nos ocupa, la simulación de estados de inconciencia, la tarea de los peritos no es determinar si el sujeto dice la verdad, eso es tarea de los juzgadores, por ello, la tarea de los peritos es determinar si la persona tiene alguna patología, y en tal sentido si se encuentra

en condiciones de decir o no la verdad con arreglo a su salud mental. También es tarea de los peritos psiquiatras, determinar desde un punto de vista científico (clínico), si la amnesia que invoca el individuo es real o simulada y si la conducta desplegada por el imputado de un crimen es compatible con un acto llevado a cabo en estado de inconciencia.

No hay que caer en el error de muchos médicos que tienden a subestimar los conocimientos, preparación y habilidades de algunos simuladores, en tal sentido es importante disponer de datos del exterior o constatación de terceros. La identificación y diagnóstico pueden depender en gran medida de informes subjetivos, y el perito a veces no está predispuesto para obtener datos de corroboración externa en la medida de lo posible.(27)

Cuando se les requiere a psicólogos o psiquiatras forenses que den una opinión respecto a la validez de una declaración de amnesia, Se coincide con la opinión de McCann; Vrij, Memon, & Bull citados en Porter (66) que el enfoque óptimo para evaluar tal solicitud es conducir una investigación completa utilizando hipótesis y técnicas múltiples.

Por todo lo expuesto, teniendo en cuenta la problemática abordada del estado de inconciencia y su simulación, que requiere por parte del perito el esfuerzo de efectuar una construcción conjetural sobre el estado mental del individuo al momento del hecho, se considera más adecuada la utilización combinada de los métodos clínicos, corroborativos y complementación con métodos sistematizados; teniendo en cuenta: criterios de simulación de amnesia, antecedentes psicopatológicos asociados y la correlación entre el síndrome amnésico y la conducta.

Tabla 1: Planilla general de datos

EDAD	SEXO	DELITO	A. PENALES	DG EJE 1	DG EJE 2	SIMULACIÓN
S/D	1	5	S/D	Sin Diag	Sin Diag	1
17	1	3	1	Sin Diag	Sin Diag	1
19	1	5	S/D	sustancia	Sin Diag	0
26	1	5	1	sustancia	antisocial	1
22	1	1	1	sustancia	antisocial	1
44	1	5	1	sustancia	antisocial	1
31	0	1	1	Trast Cognoscitivo	Sin Diag	0
27	1	1	0	sustancia	Sin Diag	1
27	1	1	S/D	sustancia	Sin Diag	1
32	1	5	1	sustancia	limite	1
35	1	3	S/D	sustancia	Sin Diag	1
23	1	3	S/D	sustancia	limite	1
21	1	2	S/D	Sin Diag	antisocial	1
31	1	3	1	sustancia	antisocial	1
56	1	5	1	sustancia	Sin Diag	1
18	1	1	1	sustancia	antisocial	1
26	1	5	1	sustancia	Sin Diag	1
20	1	3	S/D	sustancia	Sin Diag	1
19	1	3	S/D	sustancia	Sin Diag	1
59	1	1	S/D	Sin Diag	Sin Diag	1
27	1	5	1	sustancia	Sin Diag	1
61	1	1	1	Sin Diag	Sin Diag	1
26	1	5	1	sustancia	antisocial	1
68	1	3	1	sustancia	antisocial	1
41	1	3	S/D	Sin Diag	Sin Diag	1
22	1	3	1	sustancia	Sin Diag	1
51	1	1	S/D	Sin Diag	Sin Diag	1
51	1	1	S/D	Sin Diag	Sin Diag	1
25	1	1	1	sustancia	Sin Diag	1
22	0	3	S/D	Sin Diag	histeria	1
21	1	3	S/D	sustancia	Sin Diag	1
80	1	5	S/D	Trast Cognoscitivo	Sin Diag	0
42	1	6	1	sustancia	Sin Diag	0
21	1	5	S/D	sustancia	Sin Diag	1
18	1	5	1	sustancia	antisocial	1
29	1	5	S/D	sustancia	Sin Diag	0
18	1	3	1	Sin Diag	antisocial	1
24	1	3	1	sustancia	antisocial	1
35	1	1	0	Sin Diag	Dependiente	1
57	1	S/D	1	sustancia	antisocial	0
20	1	3	1	Sin Diag	antisocial	1
22	1	3	1	sustancia	antisocial	1
24	1	1	1	sustancia	antisocial	1
38	1	1	1	sustancia	antisocial	1
30	1	5	S/D	sustancia	Sin Diag	1
37	1	2	S/D	sustancia	Sin Diag	1
32	1	3	1	sustancia	antisocial	1
22	1	3	1	sustancia	Sin Diag	1
S/D	1	5	1	sustancia	antisocial	1
51	1	4	1	Trast Estado Animo	Sin Diag	0
19	1	2	0	sustancia	Sin Diag	0
63	1	5	1	sustancia	Sin Diag	0
46	1	1	0	sustancia	Sin Diag	0
17	0	1	0	psicosis	Esquizoide	0
19	1	2	1	sustancia	Antisocial	1
24	1	1	0	Trast Estado Animo	Sin Diag	1
S/D	1	2,4	1	sustancia	Antisocial	1
19	1	1,3	1	sustancia	Antisocial	1
18	1	2,4	0	Sin Diag	Sin Diag	1
40	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
62	0	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
22	1	1	0	Sin Diag	Narcisista	1
18	1	1	0	Sin Diag	Sin Diag	0
20	1	1,2,3,4	1	sustancia	Antisocial	1
24	1	3	1	sustancia	antisocial	1
21	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
19	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
18	0	1	0	Trast Estado Animo	Sin Diag	1
24	1	3	1	sustancia	Sin Diag	1
27	1	1	0	sustancia	Antisocial	1
26	1	1	0	sustancia	Sin Diag	1

27	1	3	0	sustancia	Sin Diag	1
33	1	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
27	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
18	1	1	0	sustancia	Retr mental	1
27	1	3	0	Sin Diag	Antisocial	1
51	1	3	1	sustancia	No especificado	1
18	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
25	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
19	1	2	1	Sin Diag	Antisocial	1
40	1	4	0	sustancia	Antisocial	1
40	1	4	1	sustancia	Antisocial	1
27	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
S/D	1	1	0	Sin Diag	No especificado	1
34	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
18	1	3	0	sustancia	Sin Diag	1
53	1	1	1	sustancia	Sin Diag	1
30	1	1	0	Trast Estado Animo	Dependiente	0
20	1	3,4	0	sustancia	Sin Diag	1
21	1	3	1	sustancia	Sin Diag	1
20	1	2	0	sustancia	Sin Diag	1
16	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
28	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
60	1	1	0	sustancia	Sin Diag	1
60	1	1	0	sustancia	Sin diag	1
25	1	4	0	Trast Cognoscitivo	Sin Diag	0
50	1	1	0	Sin Diag	Dependiente	1
19	1	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
19	1	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
17	1	3	1	Sin Diag	Sin Diag	1
22	1	1,4	1	sustancia	Antisocial	1
37	1	1,3,5	1	sustancia	Antisocial	0
49	1	4	0	sustancia	Sin Diag	0
48	0	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
44	1	1	0	sustancia	Sin Diag	1
21	1	3,4	0	sustancia	Antisocial	1
16	0	3	0	sustancia	Sin Diag	1
31	1	3	1	sustancia	Limite	1
42	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
S/D	1	3	1	sustancia	Limite	1
71	1	5	0	Sin Diag	Sin Diag	1
S/D	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
31	1	2	0	Sin Diag	Sin Diag	1
17	1	5	1	sustancia	Antisocial	1
27	1	5	1	sustancia	Antisocial	0
22	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
S/D	0	3	1	Trast Estado Animo	Antisocial	1
26	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
18	1	3	0	sustancia	Sin Diag	1
42	1	1,4	0	Sin Diag	Sin Diag	1
31	1	2	0	sustancia	Sin Diag	1
S/D	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
29	0	3	1	sustancia	Antisocial	0
43	1	3	1	sustancia	Antisocial	0
33	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
31	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
29	1	3	1	sustancia	Limite	1
28	1	1	1	sustancia	Antisocial	1
24	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
26	1	1	0	psicosis	Sin Diag	0
55	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
27	1	3	0	Sin Diag	Sin Diag	1
19	1	1	0	Sin Diag	Antisocial	1
25	1	3	1	sustancia	Limite	1
16	1	3	1	sustancia	Antisocial	1
S/D	1	3	1	Sin Diag	Retr mental	1
62	0	1	0	psicosis	Paranoia	0
46	1	5	1	sustancia	Antisocial	1
29	1	3	1	Sin Diag	Retr mental	1
S/D	1	1	0	Sin Diag	Sin Diag	1
18	1	S/D	1	Sin Diag	Sin Diag	1
73	1	1	0	Trast Cognoscitivo	Sin Diag	0
49	1	2,4	1	sustancia	Antisocial	1
29	1	3	S/D	sustancia	Sin Diag	0
53	0	4	1	Sin Diag	Sin Diag	1
31	1	2	0	Sin Diag	Sin Diag	1
29	0	3	1	sustancia	Antisocial	0
28	1	5	1	sustancia	antisocial	1

RESULTADOS

Se efectuó la recolección de la muestra entre enero de 2002 y enero de 2006 en el Servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba, Tribunales II (Fuero Penal). Cada caso fue elegido cuando la persona examinada refirió amnesia del hecho delictivo.

En el Servicio de Psiquiatría Forense se realiza anualmente un promedio de 5500 pericias (población anual de referencia).

Cada caso seleccionado para la muestra fue tratado con la misma metodología, es decir la pericia psiquiátrica, que implicó un proceso de investigación retrospectivo, que no solo contó con el examen clínico psiquiátrico, la realización de estudios complementarios según las exigencias de cada caso, sino con el análisis de toda la documentación al alcance, es decir la información aportada por los expedientes correspondientes. Cada pericia concluyó con un diagnóstico del Eje I (patologías según diagnóstico clínico psiquiátrico) y Eje II (trastornos de personalidad y retraso mental) del DSM IV con los códigos CIE-10 (5), (Clasificaciones de validez internacional) y la consideración médico legal sobre la comprensión o no del hecho delictivo.

De este modo se obtuvo como resultado una muestra de 148 casos, de la que se seleccionó un total de 124 simuladores para ser analizados, conformados por 7 de sexo femenino y 117 de sexo masculino, con una amplia distribución según edad (desde los 16 hasta los 80 años de edad), y una edad promedio de 30 años. Cabe destacar que las características de la muestra obedeció a su criterio de selección de casos explicado al principio del párrafo y en el capítulo de Metodología.

Cualitativos

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RELATOS DE LOS IMPUTADOS

A continuación se presentarán veinte fragmentos de relatos tomados de los casos seleccionados para la muestra. Los relatos serán transcritos de

manera textual con el objetivo de obtener una documentación y registro que permita una mirada y escucha objetiva.

Los fragmentos de las entrevistas corresponden al momento en que el entrevistador interroga al examinado sobre su propia versión de los hechos delictivos que se le imputan. Esta información es de vital importancia para el psiquiatra forense y forma parte de los elementos de diagnóstico y de evaluación de la comprensión del hecho delictivo, no obstante por cuestiones formales del proceso penal, ha sido cuestionado en ocasiones el registro de la misma en los informes periciales.

Los relatos reflejan las descripciones y versiones propias de los hechos por parte de imputados, sus argumentos, sus propias creencias con respecto a la modalidad de presentación de las patologías que producen estados de inconciencia y que ellos aducen, del mismo modo las características de los episodios amnésicos, modalidad de presentación de signos y síntomas reales o simulados, etc.

Además del discurso del entrevistado existen otros elementos importantes que adquieren relevancia en el diagnóstico, como la comunicación gestual, mímica y otras expresiones psicomotrices, el énfasis y entonación de la voz, la expresión de la mirada, etc. que por cierto fueron evaluadas en la entrevistas pero que no pueden ser transmitidas del mismo modo en los textos que se aportan.

Mediante esta descripción y análisis se pretende demostrar algunos aspectos muy significativos en la simulación de estados de inconciencia, no obstante cabe destacar que las conclusiones periciales emitidas no surgen estrictamente de los relatos sino de la valoración de toda la información y de toda la documentación al alcance, el examen clínico, estudios complementarios, diagnóstico de la personalidad, etc.

En algunos casos se destacan además relatos de terceros sobre el estado mental del imputado al momento del hecho como así también algunas consideraciones efectuadas con motivo de la pericia.

RELATO N° 1

- 27 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio Simple.

“...fue un 4 de Agosto, yo llegué al bar de la calle Esperanza, estaba el muchacho este, ya me había pegado varias veces en los bailes.

Una vez discutimos por un partido de billar otra vez me volvió a parar en la calle y me buscó problemas, en el baile salimos afuera y peleamos, me volvió a golpear.

La última vez cuando llegó al Bar el me vio, me dijo que me iba a matar, yo estaba tomado...(silencio)...no me acuerdo nada

Al otro día me despierta un amigo a las 9 de la mañana, me dice que había escuchado en la radio que me buscaba la policía...”.

En este relato el imputado destaca la existencia de motivación que justifica su conducta.

RELATO N° 2

- Edad (sin dato).
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio Simple.

“...Yo no tengo nada que ver y mi hijo tampoco. Era día sábado, llego a mi casa a las dos de la tarde, baño el caballo, le doy de comer, me baño, vamos a la casa de un muchacho amigo, comemos empanadas, había vino, porrón, le ayudo con el asado, seguimos tomando, nos sacaron un porrón de la heladera, hubo una pequeña discusión y no pasó más nada.

A las siete de la tarde me sentía mal y tenía ganas de ir a dormir, me hicieron dormir en una cama, nos sé cuanto tiempo pasó, escucho que discuten, me vengo al salón y lo veo a mi hijo que discute con el Néstor, le digo - hace de

temprano que estás rompiendo las bo...-, me tira una trompada, me dice - que decís viejo cul..... -, me pega en la oreja, me bañé en sangre, me pegan una trompada de atrás y me voltean, me agarran a patadas y de ahí no me acuerdo más.

Al otro día me entero que había muerto Guevara. Yo no fui ni sé quien lo mató tampoco.

A mi me noquearon, a mi me levantó del suelo mi hijo y me contó que me llevó a mi casa y me bañaron...”.

En este relato se destaca una doble argumentación mediante la cual primero se excluye del delito y luego da a entender que quedó en un estado de inconciencia por un traumatismo. Además aporta muchos detalles de motivación que justifica su actitud agresiva.

RELATO N° 3

- 24 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Lesiones graves calificadas.

“...En octubre o noviembre me metió los cuernos, nos peleamos, luego la perdoné y volvió a casa pero al último hacía lo que quería.

El 25 de junio a la 16 hs. llegué como todos los días de trabajar, abrí la puerta y las ví a mi esposa y mi suegra que se llevaban todo, en ese momento empezamos a discutir y me pasó algo que nunca me había pasado, sentí un ruido...”.

“...A la memoria la pierdo cuando estábamos discutiendo, luego de 15 minutos, recuerdo que iba corriendo por el puente Uruguay, sabía que había cometido un error pero no sabía lo que había hecho, me presenté en la policía, les dije que si podían ir a mi casa porque no sabía bien lo que había pasado.

La memoria la perdí de golpe, la recuperé de repente en el puente, es la primera vez que me sucede. Ese día no había consumido ningún tipo de droga o alcohol.

No recuerdo haber tenido convulsiones como así tampoco otras pérdidas de memoria...”.

Este episodio amnésico que es presentado como disociativo, es recortado, abarca el hecho delictivo, hay antecedentes de conflictos conyugales y motivación para la reacción agresiva, esta reacción puede encuadrarse dentro de las reacciones emocionales agudas compatibles con aquello que el derecho penal describe como emoción violenta pero estrictamente no un estado de inconciencia.

RELATO N° 4

- 16 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Robo calificado.

“...No recuerdo nada, recuerdo que estaba chupado en la esquina, uno dijo vamos a robar y yo fui, participé, no me acuerdo lo que hice adentro de la carnicería, se me pasó la borrachera en la comisaría...”.

Este relato comienza excluyendo la memoria del delito, no obstante luego describe una conducta habitual del sujeto que acepta participar de un hecho de robo, es decir que toma una acción con conciencia de sus actos, independientemente de que se haya encontrado intoxicado con alcohol, esto excluye el automatismo ya que presenta intención, finalidad, objetivo, participación en grupo, etc.

RELATO N° 5

- 25 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Tentativa de robo.

“...Se me acusa de una tentativa de robo, estaba yo saliendo de un campeonato de fútbol, me iba para mi casa, por la calle, caminando, solo, me detiene la policía cerca del centro. Yo no robé nada, no me secuestran nada, creo que me golpearon, me subieron y me llevaron en el móvil. Cuando me detienen

pierdo la memoria, venía ya medio perdido cuando salí del campeonato. Al otro día me despierto en la comisaría. No recuerdo si he robado...”.

Nuevamente un caso que pone de relieve la argumentación múltiple, en tanto que, o bien no sabe lo que sucedió, o bien sabe que no intentó robar, una afirmación excluye la otra. Por otra parte se destaca que recuerda todo aquello que lo puede beneficiar y excluye aquello que lo puede perjudicar.

RELATO N° 6

- 31 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de abuso deshonesto.

“...El día lunes 5 de mayo, tomé el colectivo en plaza San Martín, venía de trabajar me quedo dormido, me despertó la señorita, me pidió permiso para bajar, que me corra, me pasé de parada, me levanto, me fijo, sigo hasta la punta de línea, luego voy para mi casa, me para un señor en una moto y me pregunta si yo venía en el colectivo y me hice el vivo con su hija. Luego casi llegando a mi casa a media cuadra de la esquina me detienen. No sé si cometí ese hecho porque venía dormido. Nunca tuve problemas similares a este...”.

La descripción de este hecho muestra como el acusado se escuda en un supuesto estado alterado de conciencia, pero en este caso fisiológico como el sueño.

RELATO N° 7

- 19 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Violación, dos hechos, en concurso real.

“...me encontraba a las 5 de la mañana en San Marcos Sierras y luego no recuerdo nada más hasta que me mojo el pelo en el río y la chica, la supuesta víctima, venía caminando conmigo...”.

Surge del relato de terceros en el expediente que el imputado le contó: “...Estuve con una mina, tuve relaciones, estaba con la regla...” esta documentación en el expediente contradice lo expresado por el imputado al momento de la pericia.

RELATO N° 8

- 22 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de robo.

“...El hecho ocurrió el miércoles de la semana pasada. Yo le digo lo que hago todos los días, consumo aceptobrom y después cocaína. Ese día consumí temprano, como a las 16 horas, yo había tomado aceptobrom, compramos la cocaína, como se acabó tomamos primun. Estábamos andando por la calle, por el centro, es mentira que uno se pierde tomando cocaína, aceptobrom, etc. Iba en la moto, iba riéndome, iba con pototo, no me acuerdo más nada, me acuerdo por flashes, estaba afuera pedía a gritos que me ayudaran porque me estaban pegando, el policía y el guardia del supermercado, yo salí con nada encima, no me secuestran nada, después yo estaba en la seccional y lloraba. Es la primera vez que me pasa de no acordarme. Me quedé dormido, al otro día me empezaron a agarrar convulsiones y me pasaron al neuropsiquiátrico...”.

La intoxicación con sustancias psicoactivas es frecuente entre la población de personas con trastorno antisocial de la personalidad. Este relato traduce el abuso de opioides, cocaína y tranquilizantes. El mismo imputado desmitifica (de manera contradictoria con lo que pretende simular luego) el hecho de que las sustancias psicoactivas afecten siempre la conciencia, asimismo demuestra en su relato que es conducta habitual el consumo de sustancias. Por último, se advierte una expresión contradictoria cuando refiere que no le secuestran nada, si en realidad debería estar en estado de inconciencia.

RELATO N° 9

- 19 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio.

Primera entrevista:

“...Cortaba el pasto en la casa del frente de esta señora, me llamó para que le corte el pasto y le limpie la pileta del fondo. A la pileta la limpiaba día de por medio. Un día me pidió que le pintara el portón. Así empecé a ir casi todos los días, ella siempre tenía vestido corto, porque tenía una pierna rota con una venda, ella se agachaba y se le veía la bombacha, me hacía esas insinuaciones.

Cierto día me lleva a la habitación y me empieza a acosar y me propone que si yo me acostaba con ella me iba a pagar más y podía vivir allí, hacía cuatro meses que yo vivía con un amigo.

Mantuve relaciones durante una semana, yo me empecé a alejar, casi siempre estaba acostada, me llamaba y tenía que ir a la habitación, traté de hacer como que no la escuchaba, sentía rechazo. Me llamó para arreglar una puerta de reja, por eso fui a buscar la masa, cuando me quise ir no me dejó, y me dijo que no terminaba los trabajos, que era irresponsable, que me iba a denunciar a mis padres, ella me araña, me descontrolé, levanté la mano con la masa y se me puso la mente en blanco, reaccioné como si despertara de repente y estaba la señora en el suelo, tenía sangre alrededor de la cabeza.

Me fui a la casa de mi amigo, le pedí mis cosas y me fui a la Terminal tomé el colectivo y me fui a Mendoza.

Nunca tuve un estado de inconciencia como este...”

Segunda entrevista:

“...Se me tiró encima y me empezó a arañar, empezó a insultarme y a amenazarme, yo me quedé sorprendido, después que se me tiró encima no me acuerdo más nada...”

En este caso se observa la utilización de un término técnico “nunca tuvo un estado de inconciencia”, además excluye su pasaje al acto pero resalta la supuesta actitud violenta de la víctima.

RELATO N° 10

- 60 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio.

“...Estaba trabajando vine a pasar las fiestas, todas las cosas estaban mal, ellos estaban nerviosos, parece que ella me andaba traicionando y ahí empezaron las discusiones.

El 25 al medio día comimos lechón y tomamos vino, sidra, etc.

No se como vino el disgusto, ella dijo no se toma más y agarró y tiró las cosas, me golpearon, no me acuerdo más. Luego me fui a cuatro o cinco cuerdas a la policía, la policía me llevó al hospital, me sacaron sangre.

El muchachito, el hijastro (víctima), era muy violento, no respetaba nada...”.

Este relato muestra la existencia previa de conflictos, la actitud exculpatoria del victimario, la proyección de responsabilidades hacia la víctima, y aporta referencias sobre una serie de detalles excepto sobre el pasaje al acto violento.

RELATO N° 11

- 17 años de edad.
- Sexo femenino.
- Imputada de homicidio.

“...recuerdo que comencé con dolores de parto,... escuché la voz del chico...apareció muerto mi bebé... yo estaba tirada...es como que estuve perdida...me rasparon...me hicieron puntos...yo estaba parada en el garage y

mi abuelo me hablaba, me preguntaba que me había pasado... estaba llena de sangre...”.

Relato de su madre en el expediente: “...Se encontraba Valeria con la ropa manchada con sangre, una remera de la cintura para abajo, no tenía ropa interior, la misma estaba pálida y hablaba cosas sin sentido...”.

La menor hace un relato fragmentado de los acontecimientos con un estrechamiento del campo de la conciencia, con amnesias lacunares y signos de estrés.

Observamos que la menor no puede establecer una trama secuencial de lo sucedido, ella aparece como espectadora pasiva de todo lo que ocurre con su cuerpo, las circunstancias estresantes la desbordan. Este episodio es compatible con una amnesia disociativa.

RELATO N° 12

- 20 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de violación.

“...un día sábado, jugué al fútbol a las 15 hs. me puse a chupar, me vine a valle hermoso, tomamos un par de cervezas más, después me fui a las casa, me cambié y le dije a mi suegro si me prestaba la guitarra, nos pusimos a tocar en una gomería (yo, mi suegro, Carlos, Miguel , Nievas y otro que no coozco).

De ahí no me acuerdo más...

Me vuelvo a acordar cuando iba entrando a la avenida, era la fiesta del alfajor.

Me puse a tomar cerveza en un barcito, me invitó el Rojas para ir al baile a cinema, no nos dejaron entrar, estaba lleno y nos fuimos al Gregor y ahí tomamos unos vinos más, ya había aclarado...”.

Aquí claramente se advierte una amnesia recortada y selectiva al

hecho de violación, al episodio amnésico entra y sale de manera repentina, sin estado crepuscular previo ni posterior.

RELATO N° 13

- 16 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de homicidio.

“...estaba drogado, no me acuerdo...nos estábamos drogando en la esquina con porros, estábamos jodiendo con el arma que era de Diego, se me disparó y de ahí no me acuerdo más...estábamos jugando a la ruleta rusa, éramos como seis o siete...”

Se acepta en este caso la participación en un juego que admite la posibilidad de un desenlace fatal, por otra parte no hay motivos ciertos para perder la memoria justo en el momento que se dispara el arma.

RELATO N° 14

- 62 años de edad.
- Sexo femenino.
- Imputada de homicidio.

Primer relato:

“...estábamos divorciados...él estaba en Santa Rosa de Calamuchita con una amante, eso era desde hacía muchos años...ya se iba a tratar las divisiones de bienes, él me cedió todo lo embargado y le cedí el auto...él fue a mi casa después de almorzar porque mi hija lo había hecho llamar...le dije: -¿ por qué lo haces llamar si sabes que no hay que molestarlo- el es muy violento, yo le dije a las chicas:- cuando venga su padre yo me voy-.

Él llegó y yo justo me iba a la verdulería. Yo le dije a las chicas ahí está su padre, atiéndalo ustedes. Él conversó con las chicas, no recuerdo más....., yo sentí que ellos discutían, yo salí y les dije que no hagan escándalo en la calle, no recuerdo más....., temblaba toda, no podía hablar, me encontraba en la seccional de policía.

Yo sentí que discutían y había insultos muy feos (yeguas put..., mal paridas).

Yo compré un revólver, lo tenía en una caja en el último cajón de un toilette, por miedo a los asaltos. Yo le tenía miedo, él dormía con un 38 bajo la almohada.

Segundo relato:

“...el estaba retirado de la casa desde hacía siete años, yo salía y ya sentí la discusión en la puerta, las palabrotas de mi marido, palabras muy obscenas, yo salí y les dije: por favor no hagan escándalo en la calle, ahí el me atacó a mí dirigiéndose a las chicas: hagan como su madre, vayan a revolear la cartera, es una gran put.... Yo tenía muchos motivos, no digo para matarlo, yo salía con la bolsa para ir a comprar mandarinas, el arma estaba cargada, debajo de un toilette en el último cajón. Le disparé ciega porque eran tantos los insultos, yo busqué el arma porque estaba indignada con las barbaridades que él decía, creo que fueron cuatro tiros, era un hombre de putear siempre pero nunca como ese día. Siento remordimiento por haber matado a una persona, estuve conversando con el psicólogo del penal...”.

Se cotejan aquí dos relatos, en el primero se relata un episodio amnésico que excluye el hecho delictivo. En el segundo relato surge con más claridad los acontecimientos que desencadenan el pasaje al acto con motivación previa, podemos hablar aquí de un Período Disociativo Post Crimen que genera confusión en la primera entrevista, no obstante no se trata de un hecho efectuado en estado de inconciencia. Asimismo se puede observar la dificultad de sostener la simulación en la segunda entrevista.

RELATO N° 15

- 34 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de homicidio.

“...Era uno que se juntaba con nosotros, estuvimos comiendo un asa-

do porque era el cumpleaños de Darío, este muchacho (la víctima) paraba en la casa de Darío. Habíamos tomado cocaína y vino, cuando tomo vino estoy contento, escucho música, muy rara vez peleo, para pelear tiene que haber un moquero que me empiece a cargosear, empezamos a tomar eso de la dos y pico, nos fuimos a una cancha de fútbol, a la siesta, después vinimos y seguimos tomando vino, después no me acuerdo más, yo me fui, me detienen como a los tres meses. Él muchacho había discutido conmigo, no quiero hablar más por recomendación de mi abogado...”.

Al ser interrogado sobre el episodio amnésico el imputado aclara la recomendación de su abogado. También es importante destacar que el imputado no queda en el lugar del hecho en estado de inconciencia como así tampoco es detenido en ese momento porque se da a la fuga.

RELATO N° 16

- 18 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de homicidio.

“...El 21 de Marzo de 1996, en barrio los Álamos, éramos tres, estábamos tomando, nos fuimos a discutir, el me dijo que yo nunca ponía el vino, el me agarró del cogote, nos pusimos a pelear, yo saqué el arma, lo quise asustar y le tiré al aire pero le pegué en la cabeza, el cayó, yo le avisé a una persona que llamara a la ambulancia y me fui asustado, crucé a mi casa y aparecí en el campo, sin camisa. No sé que pasó, estaba tomado, yo lo maté el jueves y el lunes me presenté...”.

En el presente caso se puede inferir un período disociativo post crimen o la continuación de consumo de alcohol con posterioridad al hecho delictivo ya que describe la dinámica delictiva con claridad narrativa y resalta sus verdaderas intenciones, etc.

RELATO N° 17

- 17 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio.

“...Estaba en un baile, había estado tomando, me peleé en el baile, después nos fuimos a la casa de uno de los chicos, seguimos tomando, yo me acuerdo que tenía un arma después no me acuerdo más nada...me acuerdo al otro día cuando estaba en el precinto...”.

Sobre este caso la información adicional aportada por el expediente demostraba intencionalidad, además se reitera aquí la referencia de un episodio amnésico recortando el hecho delictivo.

RELATO N° 18

- 33 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de Homicidio.

“...Fue el día domingo, comimos tallarines en casa con mi señora, empecé a tomar cerveza, aproximadamente una y media de la tarde, después tomé vino con coca, estaba escuchando música en la puerta de la casa, no tuve problemas con nadie, se hizo de noche, lo último que me acuerdo es que estaba escuchando música...pierdo la memoria en forma repentina, vuelvo a recordar cuando estaba detenido en la policía, yo les dije que me habían pegado en el oído izquierdo, me dijeron que había matado a un pibe, dicen que lo maté con un cuchillo y yo cuando estaba tomado no tenía ningún cuchillo, de la comisaría me llevan a tribunales, de tribunales me llevan al Hospital San Roque, después me hicieron llevar al Hospital de Urgencias para que me enyesaran el pie, es la primera vez que me sucede esto, ese mismo día me llevaron al forense, me sacaron sangre...”.

Se efectúa un relato pormenorizado anterior y posterior al hecho delictivo se hace referencia a un episodio amnésico recortado al cual se entra y se sale repentinamente. Hay expresiones de certeza cuando su-

puestamente se encontraba en estado de inconciencia "...yo cuando estaba tomado no tenía ningún cuchillo...". (argumentación múltiple y contradictoria).

RELATO N° 19

- 18 años de edad.
- Sexo femenino.
- Imputada de Homicidio.

“...Era colectivoero pasaba por la puerta de su casa, en el 2005 lo conocí por otro chofer, en marzo de 2006 me puse de novia, no nos podíamos ver mucho tiempo porque él era casado, en su casa nadie sabía, lo veía cuando iba a la facultad, durante dos meses convivimos en Río Ceballos, él siempre decía que estaba cansado de la mujer, trataba mal a los niños, el tenía una lastimadura porque lo había incado la mujer. Había empezado el trámite de divorcio.

En varios momentos tuvimos roces con la mujer, esta última fue a buscarme a Río Ceballos en tres oportunidades, nunca le abrí la puerta también me buscó en la casa de mi comadre, andaba a cada rato molestando e insultando, si ella me veía por el centro me insultaba, en el colectivo me dijo de todo, me pegó contra los caños, la denuncia está asentada.

En el mes de Setiembre la esposa de Rogelio me fue a buscar a mi casa y me pidió si podía enseñarle a sus hijos a hablar inglés, en esa oportunidad me preguntó: - escuché algo de un atraso – además me preguntó si seguía viendo a Rogelio. Iría tres veces a dar clase de inglés. El miércoles no pasó nada, le dí clases a una nena de 9 años de edad, en la cocina, me llamó la atención que la esposa de Rogelio se iba hacia adentro de la casa. El jueves volví, al terminar la clase la esposa de Rogelio me preguntó: - te indispusiste?, lo único que te falta a vos pendeja de m.... es que quedes embarazada-, también insultó mi familia, sentí bronca.

Tuvimos varios enfrentamientos y agresiones mutuas. La mujer de Rogelio me dijo que no viniera más a su casa.

Día del hecho:

“...Tomé el colectivo, me bajé cinco cuadras antes, me perdí, miraba las calles, recuerdo algunas cosas pero no recuerdo el homicidio, recuerdo que regresé en un vehículo, llegué a mi casa muy nerviosa, yo sabía que la policía me iba a venir a buscar, si bien no recuerdo, sabía que algo había hecho, no sé por qué la maté, el arma era de mi padre, no la llevaba habitualmente, no sé por que la llevé ese día...”.

Se entabla una suerte de vínculo patológico entre la víctima y la victimaria que se disputan la posesión de un mismo hombre. El día del hecho la victimaria realiza actos complejos, se dirige hacia el domicilio de la víctima, lleva un arma, tiene motivación para consumar el homicidio. El episodio amnésico, de ser real sólo se justifica como episodio disociativo post crimen, de lo contrario sólo puede ser simulado.

RELATO N° 20

- 22 años de edad.
- Sexo masculino.
- Imputado de tentativa de homicidio calificado reiterado.

“...con Adriana fue diferente de todas las demás, por los sentimientos, me parece que hubo mucho amor, la conocí en diciembre en un boliche, en marzo nos pusimos de novios, nos peleamos, un año después volvimos a salir, en mayo de ese año quedó embarazada, al año siguiente nace Tomás, la familia quería que me casara, yo no quería hasta recibirme, durante el embarazo sólo la vi los últimos meses, nos volvimos a arreglar en abril hasta el día de los hechos, nos habíamos juntado con miras de casamiento. Había una actitud hostil por parte de la familia, querían que me casara o que me borrara, yo no hice ninguna de las dos cosas, cuando ella se enojaba conmigo, no me lo dejaba ver a Tomás y eso me ponía muy nervioso, me ponía mal...”.

Primer relato de los hechos:

“...nos citamos en el edificio, yo no entraba porque nadie de la familia me quiere, nos vimos en la escaleras, empezamos a discutir, ella es muy nervio-

sa, se altera, aparece la amiga y el hermano de ella.

Empiezan todos a gritarme y se me vienen encima y de pronto los tenía encima golpeándome los tres, saqué el arma, lo llevaba porque vivo en una zona marginal, barrio Müller, me habían asaltado un par de veces, el arma la encontré en una plaza, es un revolver muy chiquito, muy lindo, por eso me la quedé, traté de irme y descendí por la escalera, del descenso me acuerdo muy poco, aparecía en uno y otro lugar, sin saber como, cuando llegué a la planta baja, salí corriendo y me fui, me venía corriendo el hermano, me alcanzó a pegar una patada en el auto. En el descenso de las escaleras hice los disparos, creo que seis, no le apunté a nadie, supongo que lo hice para defenderme, estaba recibiendo muchos golpes...”.

Segundo relato de los hechos:

El domingo antes del hecho, la pasé a buscar a las 12 ó 12,30 hs. en la que hacía dormir a Tomás y salía conmigo, para verla tenía que hacer un curso, yo venía nervioso por todas las hostilidades que recibí de la familia y sus amigos, venía nervioso desde que se embarazó. Ese domingo a la madrugada tuvimos un encuentro sexual, toda esa semana andaba nervioso, rendí una materia, quedamos en juntarnos ese día para hablar, nos juntamos en la escalera, ahí la veía cuando estaba embarazada los últimos meses. Nos juntamos para arreglar la situación de tanta tensión, y para arreglar el tema de Tomás, empezamos a discutir, me pega un patadón en los testículos, me puse muy nervioso, apareció mi cuñado, una amiga y no se quién más, se armó una confusión, y cuando se me aclararon las ideas yo estaba subido en mi auto saliendo para mi casa, yo estaba muy alterado como si me hubiera sacado fuera de mí. Después de que ella me pega y aparecen todos saqué el arma, comencé a hacer los disparos cuando estaban todos forcejeando, yo en ese momento no sabía hacia donde iban todos los tiros. Por la bronca de haberme pegado, por las tensiones que veníamos teniendo, por ese cúmulo de cosas, instintivamente traté de defenderme, jamás tuve intención de matarla, es la primera vez que me ocurre todo esto, creo que el rechazo me hizo poner loco vulgarmente hablando. Cuando volvía de semejante macanazo, me preguntaba a mi mismo, que hacer, trataba de cubrirme de algún

modo, escondí el arma y llamé a la policía dando mi propia versión de los hechos...”.

Se describen aquí medidas precautorias previas y posteriores al hecho delictivo, también se describe una situación de conflicto con la víctima y su familia, los relatos varían pero son similares y traducen el estrechamiento del campo de la conciencia propio de las emociones que se ponen en juego en una situación de agresividad, ira, etc. no obstante no alcanzan a conformar un estado de inconciencia.

Cuantitativos

A continuación se exponen los resultados cuantitativos obtenidos del análisis de la muestra de 148 estudios periciales correspondientes al período comprendido entre 2002/2006, que provienen del archivo de pericias del Servicio de Psiquiatría Forense del Poder judicial de la Provincia de Córdoba. Se intentó la mayor descripción de los datos de interés para la investigación según la información que pueden aportar los informes.

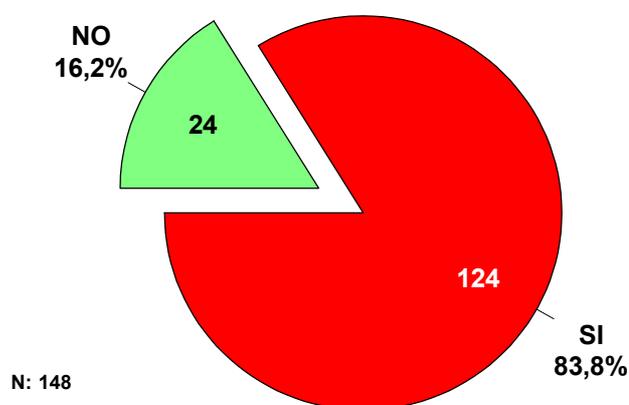


Figura 1. Muestra la distribución según simulación

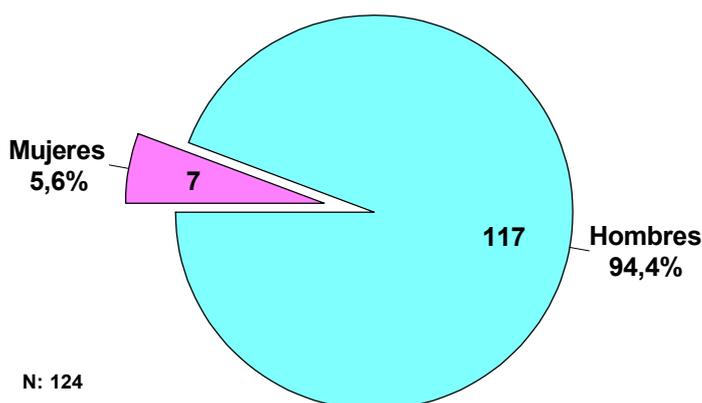
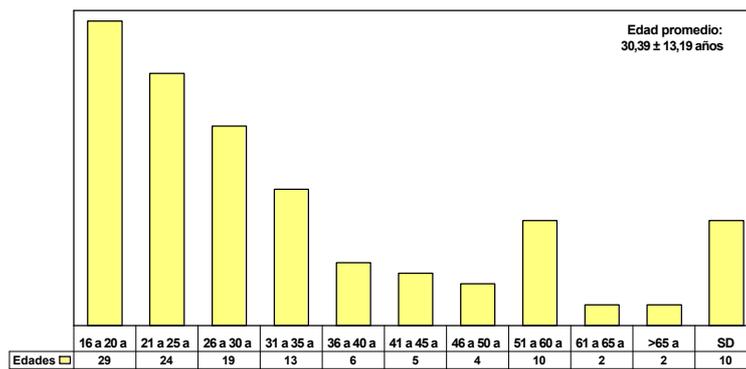
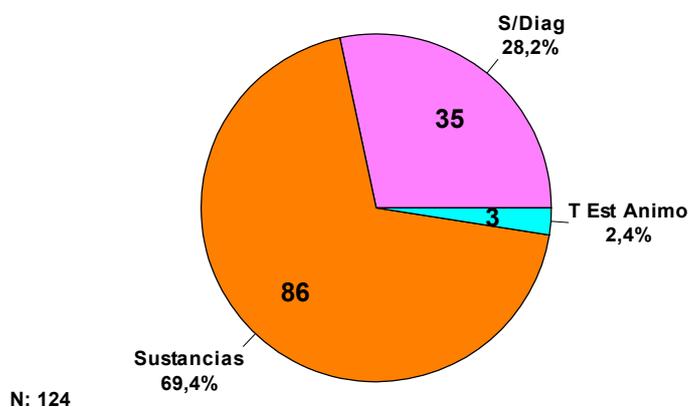


Figura 2. Expone la distribución de los simuladores según sexo.



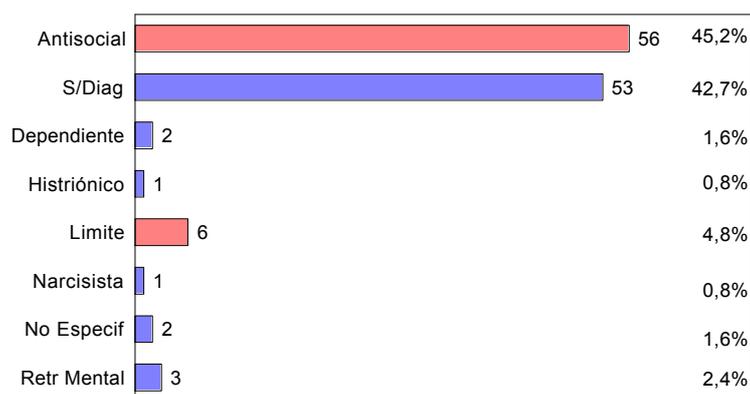
N: 124

Figura 3. El gráfico muestra la distribución de los simuladores según edad.



N: 124

Figura 4. Se expone la distribución de los simuladores según categorías diagnósticas del Eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV).



N: 124

Figura 5. El gráfico muestra la distribución de simuladores con respecto al Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV).

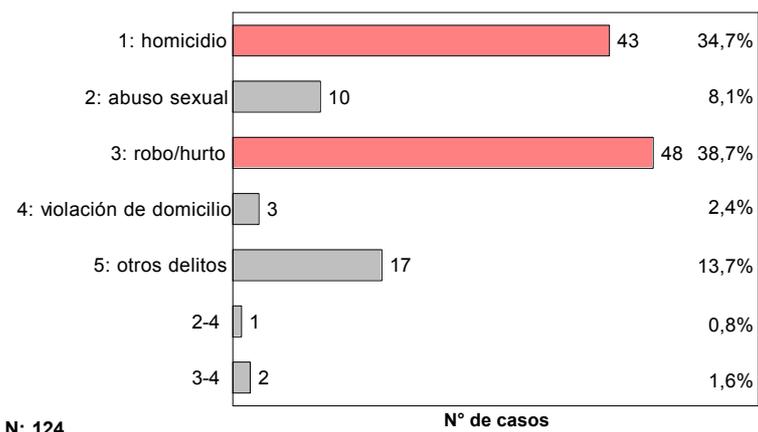


Figura 6. Se observa la distribución de los simuladores según delito.

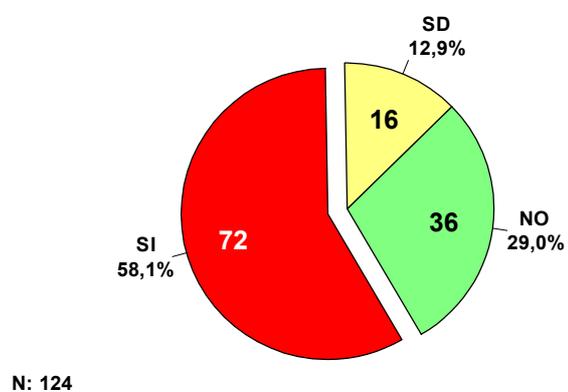


Figura 7. Muestra la distribución de simuladores según antecedentes penales.

DISCUSIÓN

Este estudio ofrece una imagen amplia y general del estado de inconciencia y del fenómeno de la simulación. Utilizando metodología mixta permite profundizar en la magnitud del fenómeno y en las peculiaridades de cada uno, tanto de las distintas concepciones sobre el estado de inconciencia desde la medicina y el derecho, como así también un análisis exhaustivo de los criterios necesarios para determinar la simulación de dicho estado.

En el capítulo de resultados cualitativos se presentaron los datos interpretados y discusión atinente a los mismos. En este capítulo, se integra en la discusión tanto los resultados cuantitativos como cualitativos revisando el fenómeno con una visión configurativa y se realiza una serie de sugerencias, observaciones y finalmente la propuesta de la metodología adecuada o los pasos a seguir para determinar la simulación del estado de inconciencia.

La presente investigación toma como referencia a un grupo de acusados de diferentes delitos que al momento de ser examinados, invocaron amnesia de lo ocurrido, por ello la muestra abarca diferentes delitos y distintas patologías.

No se encontró registros de estudios similares en tal sentido. Por el contrario se encontraron referencias heterogéneas de estudios acotados generalmente por un mismo tipo delito, patología, y / o trastorno de personalidad. Mientras la mayoría de los trabajos de investigación que citaremos a continuación se orientan a criminales u ofensores que invocaron amnesia de sus crímenes y delitos, este trabajo tuvo por objetivo la investigación no sólo de aquellos que invocaron amnesia, sino que además la simularon.

La amnesia del hecho delictivo fue el principal criterio de selección para la muestra de este estudio, por ello la totalidad de los casos citados en la muestra invocaron amnesia del hecho delictivo. Cabe destacar que ha sido considerado un síntoma frecuente (o bien el más frecuente), por distintos autores como Brandford & Smith(8), Parwatikar(59), Rubinsky & Brandt(69), Kaplan y Sadock(42), Cabello(12), García G.-Domingo(35) y otros.

1) Simuladores:

La presente investigación determinó que el 83,8% de los imputados

seleccionados en la muestra simularon al momento de la realización de la pericia, que habían presentado al momento del hecho un estado de inconciencia, esto habla de una alta probabilidad de los imputados de haber sido asesorados a tal fin; este asesoramiento puede provenir de distintas fuentes, ya sea su abogado particular, de profesionales médicos psiquiatras o psicólogos, o bien de otros detenidos por la justicia.

La información aportada por otras publicaciones científicas como Spinetto(71) hacen referencia a investigaciones que concluyen que en los EE.UU. un 75% de los abogados utiliza cierto tiempo en hablar a grandes rasgos con sus pacientes de técnicas de evaluación a las que serán sometidos durante el peritaje y sólo un 8% le informa acerca de cómo responder a técnicas neuropsicológicas específicas. Por lo tanto, afirma que en la actualidad, es baja la probabilidad de que exista un posible adoctrinamiento por parte del cliente testado que lleve a sesgar los resultados de las pericias.

Por todo lo expuesto, lo investigado en el ámbito del Servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba demuestra lo contrario.

El asesoramiento del imputado para que niegue el recuerdo de un hecho delictivo a modo de una amnesia que recorta el mismo, la mayoría de las veces induce a los peritos a sospechar una amnesia simulada. Un motivo importante que induce a pensar que el asesoramiento es frecuente (cualquiera sea la fuente del mismo), es la respuesta estereotipada en la entrevistas periciales, ya que habitualmente se efectúa el mismo relato recortando el hecho delictivo.

2) Simuladores / Patologías del Eje I del DSM IV:

Eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV (22) reúne los diagnósticos de los trastornos clínicos psiquiátricos de las diversas patologías, y entre los mismos, aquellos que pueden alterar la conciencia. La muestra destacó el porcentaje de imputados con trastornos relacionados con sustancias psicoactivas (69,4%).

En un estudio de Leong & Arturo(48) se encontró que un 51,6% de una muestra de acusados con cargos de homicidio habían usado alcohol o drogas

antes del homicidio e invocaban amnesia. Por otra parte Bradford & Smith(8) destacan que 60% de 30 homicidios estudiados que habían consumido alcohol invocaron amnesia del crimen.

El alcohol es un factor frecuentemente presente en la comisión de un crimen, y esto es también así en los actos de violencia familiar. En una investigación efectuada en el Servicio Correccional de Canadá en 1995, el 50% de los homicidas dijeron estar bajo la influencia del alcohol, drogas o ambas el día que cometieron el delito.(73)

Estas muestras que exponen un importante porcentaje de personas que utilizaron sustancias psicoactivas están referenciadas solamente a un mismo tipo de delito (el homicidio) lo que impide hacer mayores análisis comparativos.

Debido a que la amnesia resultante de la intoxicación alcohólica es un fenómeno diferente a la amnesia resultante de estados o reacciones puramente psicológicas(66), es importante determinar si las drogas y/o el alcohol jugaron un rol importante en la comisión del crimen.

Stephen Porter (66) en el trabajo sobre memoria, del asesinato, en una perspectiva psicológica de la amnesia disociativa en contextos legales, reúne a un grupo de investigaciones como Hopwood & Snell, 1933; Kopelman, 1987, 1995; Parwatikar et al., 1985 que habían hallado algunas características psicológicas como ánimo deprimido, rasgos histéricos, y psicosis asociadas con declaraciones de amnesia del crimen.

Lo coincidente con el presente trabajo es el hallazgo de un porcentaje de casos con trastornos del estado de ánimo, no obstante los estudios citados *up supra*, no hacen referencia a porcentajes de casos, como así tampoco diferencian entre simuladores y no simuladores. La presente investigación se orientó a los simuladores, por ello un porcentaje de pacientes psicóticos que invocaron amnesia quedó contemplado en el 24% de casos de no simuladores. Ver figura N° 1 (pág. 63) y tabla general de datos (págs. 43 y 44).

Por último, cabe destacar que un porcentaje importante, el 28,2% de los casos de la muestra estudiada no presentó ninguna patología psiquiátrica.

Consideraciones médicolegales en las adicciones:

La investigación no consideró la variable imputabilidad en cada caso en razón de que en todos los casos diagnosticados como simuladores se informó que habían comprendido la criminalidad del acto y habían podido dirigir sus acciones, siendo considerados luego por los juzgadores en el contexto general del proceso, como imputables, por el contrario los no simuladores que habían invocado amnesia del crimen fueron considerados inimputables.

Para determinar que una conducta se debe al efecto de una sustancia o tóxico, es menester encontrar la sustancia en sangre y establecer su correlación con la conducta.

Valbuena Briones (81) generaliza planteando que aquellas sustancias que produzcan intoxicaciones agudas (que involucran a los estados de inconciencia), en las que predomina un estado de psicosis exógena aguda (estados confusionales), se considerará inimputable, como consecuencia de su ausencia de movimiento, voluntad y autocontrol. Asimismo aclara que en la mayoría de los casos puede mostrarse si la imputabilidad está o no disminuida (aunque no anulada).

Con respecto a las intoxicaciones crónicas refiere que es primordial la determinación del grado de dependencia, ya que en función de éste se puede determinar la afectación de las bases psicológicas de la imputabilidad.

En su valoración sobre la imputabilidad se inclina hacia la imputabilidad disminuida, de ese modo infiere que en los grados leve y moderado, el sujeto generalmente presenta integridad de las funciones psíquicas, siendo imputables. Luego agrega que puede existir una pérdida del autodominio en relación a la obtención de la droga, por lo que su voluntad puede no estar íntegra por efecto de la abstinencia, razón por la cual, en los delitos cometidos para la obtención de la droga, si se demuestra lo anterior, concluye que sería una situación de imputabilidad disminuida.

Al respecto es menester destacar los avances que en materia de imputabilidad demuestra Holanda, ya que no se debate entre dos categorías como la República Argentina, ni tampoco tres categorías como en otros países,

sino que establece cinco categorías de imputabilidad(33), disposición que se ajusta con mayor precisión a la realidad, y que permite ubicar en planes de tratamiento e instituciones con seguimiento y contralor de la justicia, a personas que al momento del hecho actuaron en estado de disminución psíquica o con dificultad en el control de sus impulsos, pero sin llegar al extremo de la alienación mental y la inimputabilidad.

De todo lo expuesto se desprende que si una persona actúa intoxicada al momento de cometer un crimen, esto no es razón suficiente para decir que actuó en estado de inconciencia ni mucho menos. Es menester en consecuencia investigar el grado de intoxicación y el grado de afectación o alteración de su conciencia, teniendo en cuenta que en la actualidad la mayoría de los hechos delictivos son cometidos por delincuentes que se encuentran intoxicados con alguna o varias sustancias.

3) Simuladores / Patologías del Eje II del DSM IV:

Esta variable corresponde a la distribución de los simuladores según el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV (22) que reúne a los trastornos de personalidad y el Retraso Mental.

En la muestra se destacó el mayor porcentaje de imputados con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad 45,2% y un similar porcentaje de imputados sin ningún trastorno de personalidad 42,7%, en coincidencia con la variable de antecedentes penales (ver gráfico N° 7). Si bien no se pueden establecer comparaciones directas es posible establecer al respecto una aproximación con los hallazgos de Lynch y Bradford (49) que utilizando la poligrafía demostraron que 63% de los individuos diagnosticados con desorden de personalidad antisocial estaban siendo engañosos en sus declaraciones de amnesia comparados a un 50% de gente sin desorden de personalidad u otra psicopatología.

Según Porter, las declaraciones de amnesia disociativa de ofensores psicópatas son muy factibles de ser fabricadas. La postura escéptica de las cortes hacia la amnesia es ciertamente apropiada con ofensores psicópatas pero

no tan así con ofensores no psicópatas. Muchos ofensores psicópatas no muestran ningún impedimento de memoria de su violencia, y sí la recuerdan vívidamente. Los factores que pueden facilitar la memoria del homicidio (por ejemplo) en los psicópatas, incluyen un alto grado de premeditación y reflexión después del crimen. Los psicópatas tienen un alto grado de manipulación, engaño, y simulación en relación a otros ofensores. Una investigación experimental sobre la memoria con estímulos emocionales sugiere que los psicópatas no procesan o recuerdan en forma diferente el material violento del no violento, mientras que los no psicópatas focalizan detalles emocionales centrales en detrimento de la memoria de información periférica.(66)

Hare y otros autores en distintos trabajos encontraron que la motivación para simular amnesia en ofensores psicópatas puede ser simplemente el mentir patológico o inclusive el placer por engañar. (37, 38)

4) Simuladores / Delito:

Taylor & Kopelman(74), citan un estudio de 203 hombres acusados de crímenes violentos y no violentos, 19 declaraban amnesia parcial o completa del incidente. De los casos de amnesia, nueve eran de homicidio, seis de violencia interpersonal no fatal, y cuatro de severo daño a la propiedad.

Kaplan y Sadock citan investigaciones efectuadas sobre imputados homicidas en los que el 30 al 55% de los casos declararon amnesia.(42)

En la presente investigación conformada por imputados que invocaron amnesia, y que resultaron simuladores, el mayor porcentaje estuvo conformado entre los delitos contra la propiedad (robo y hurto) (38,7%) y homicidio (34,7%).

En una muestra investigada por Bradford y Smith(8), aproximadamente 60% de los casos de impedimento de la memoria se circunscribían sólo a la acción del crimen mismo. Todos los homicidas declararon que la memoria era “borrosa” o “en parches” con excepción de uno que declaró un *blackout* o bloqueo total.

5) Simuladores / sexo y edad:

El predominio de sexo masculino 94,4% con respecto al sexo femenino 5,6% responde al predominio de la población masculina en las estadísticas delincuenciales en general. Del mismo modo se encontró mayor relación entre juventud y delito, con mayor incidencia entre las edades de 16 a 20 años y una edad promedio de 30.39 años.

6) Sobre los Criterios de simulación observados en los Relatos de los imputados:

En el capítulo de material y método se efectuó una revisión de los criterios de simulación ofrecidos en los trabajos de diferentes autores: Bradford 1979 (8), Cabello 1982 (12), Bonnet 1983 (6), Taylor 1984 (74), Kopelman 1987 (44), Wiggins 1988 (86), Ekman 1988 (23), Marcó Ribé 1990 (50), González 1991 (36), Delgado Bueno 1994 (19), DSM IV 1995 (22) Faust 1995 (27), Resnick 1995 (68), Othmer 1996 (58), Kaplan 1997 (42), Binks 1997 (5), Mcsherry 1998 (54), Swihart 1999 (73), Verdú Pascual 1999 (83), Folino 2001 (32), Porter 2001 (66), Bruno y Cabello 2002 (9), García Domingo 2004 (35), Spinetto 2005 (71), Achával 2006 (3), Covelli 2007 (17), Pérez Milán 2007 (62).

Mediante el análisis de los parámetros de simulación señalados por estos autores, se construyó un instrumento a los fines de determinar la simulación del estado de inconciencia, agrupando los criterios del siguiente modo:

- a- Criterios generales de simulación en la entrevista.
- b- Dobles mensajes en la afectividad y las expresiones.
- c- Criterios específicos de simulación de amnesia.
- d- Falta de correlación entre el síndrome amnésico simulado y la conducta del sujeto.
- e- Antecedentes psicopatológicos o conductuales asociados.

Con el análisis de los relatos de los imputados en los resultados cualitativos se pudo determinar en los mismos una amplia gama de criterios de simulación de amnesia y del estado de inconciencia, destacando por cierto que las conclusiones periciales en cada caso surgieron del análisis de toda la documentación al alcance y no tan sólo del detalle en el relato. Los criterios identificados fueron los siguientes:

1- Llamar la atención sobre la enfermedad:

Conducta que es habitualmente contraria en pacientes realmente enfermos, se vio reflejada en el empeño que ponen los simuladores en destacar, por ejemplo, el grado de su adicción.

2- Dificultad de mantener la simulación:

Una persona sana requiere de extrema concentración en el acto simulatorio y tiene necesidad de descansar, siendo más probable diagnosticar tal situación en entrevistas prolongadas, esto se demostró por ejemplo en el relato N° 14 de los resultados cualitativos, donde se puede apreciar un primer relato de una persona de sexo femenino acusada de homicidio en el cual se invoca aparentemente una amnesia disociativa, y posteriormente un segundo relato en el cual describe con claridad y conciencia narrativa, el hecho delictivo y su motivación que se mueven dentro de una estructura teleológica o intencional. De este modo se puede inferir que el primer episodio amnésico invocado puede ser simulado o en su defecto un episodio disociativo post crimen.

3- Simulación de síntomas evidentes:

Esto acontece en relación con el conocimiento previo que el imputado tiene de la enfermedad, dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero que no son tan conocidos u observables. Esto se pone de manifiesto en la dificultad para fingir síntomas fisiológicos, porque el simulador habitualmente no conoce los signos y síntomas asociados o secundarios a la enfermedad.

Es decir el simulador en este caso tiene conocimiento de algunos signos de una enfermedad determinada porque alguna vez la padeció o porque la observó en otro individuo, pero omite síntomas que habitualmente se encuentran asociados al síndrome que pretende simular.

En la mayoría de los casos estudiados los imputados ponen el síntoma de la amnesia como un síntoma “evidente” de lo que realmente quieren simular que es el estado de inconciencia previsto en el código penal para eludir la acción de la justicia.

4- Amnesias recortadas y parciales:

Generalmente la etapa amnésica real se produce y se sale progresivamente y por consiguiente con un estado crepuscular intermedio. En los relatos predominó una amnesia de tipo recortada que

queda demostrada desde que el imputado refiere todo lo acontecido previamente, luego dice: "...no recuerdo más nada y finalmente me despierto en la comisaría..." entonces en estos casos, a la etapa amnésica se llega y se sale bruscamente, súbitamente, en "precipicio", "a pico" y por consiguiente con ausencia de estado crepuscular intermedio.

5- Amnesias electivas y utilitarias:

Que abarcan las situaciones comprometedoras y en cambio dejan a salvo los engramas mnésicos que puedan resultar favorables; es decir, guardan relación con los intereses personales. En los relatos se observó que los imputados destacan todo aquello que los puede beneficiar, como por ejemplo, recuerdan la cantidad de alcohol y drogas que tomaron de manera pormenorizada y detallada, no obstante omiten cualquier detalle en relación al hecho delictivo o que los pueda perjudicar.

6 - Antecedentes en los que no figuran factores que permitan considerar verosímil la legitimidad de la amnesia:

Esto se observa cuando en los antecedentes no se demuestran indicios de la patología que pretende simular el imputado, sino todo lo contrario.

7 -Discrepancia entre el autorreporte y las constancias en los expedientes o los archivos médicos:

En tal sentido, surge del relato N° 7 de un hecho de violación, la intención de simular un estado de inconciencia en contradicción con lo obtenido del expediente por testimonios de terceros que destacan las afirmaciones del imputado cuando demuestran que tiene pleno conocimiento del hecho en el que participó.

8 - Antes y después del acto, no se registran episodios psíquicos análogos al de éste:

Existe la creencia generalizada que haber estado alcoholizado o intoxicado por sustancias habitualmente, puede ser perjudicial para su testimonio, por ello muchos imputados refieren y afirman que el episodio amnésico ocurrido al momento del hecho es el único o la primera vez que ocurre, cuando lo más probable y frecuente es que una persona haya padecido episodios análogos, si es que realmente padece la patología que invoca como por ejemplo: epilepsia. No obstante, este criterio no es excluyente pero si indicio de

simulación, ya que existe la posibilidad que estemos en presencia de una primera crisis.

9 - Rasgos antisociales o psicopáticos.

La investigación demostró que la muestra presentaba un grupo importante de simuladores con trastorno antisocial de la personalidad o rasgos psicopáticos, en coincidencia con otros hallazgos que destacan este fenómeno. En las personas con estos trastornos de personalidad es característica frecuente la manipulación, la mendacidad y hasta el placer por el engaño.

Por ello el diagnóstico de este trastorno de personalidad o rasgo de carácter induce a pensar en la propensión a la simulación.

10 - Acto que representa la etapa final de una reacción o un desarrollo psicógeno:

Dijimos que ante la existencia de motivación para una acción agresiva hacia otra persona o cuando se determina que hubo intencionalidad y el delito se mueve en una estructura teleológica, la inconciencia debía ponerse en cuarentena(12). En muchos relatos se observó como los imputados destacaban sobrados motivos para agredir luego a sus víctimas, no obstante al momento del hecho referían amnesia como si este fuese un hecho anómalo e inesperado. Asimismo se puede citar a los desarrollos pasionales, cuando se demuestra que hubo reflexión, premeditación, etc. y el pasaje al acto sólo constituye el desenlace de este desarrollo histórico.

11- Medidas precautorias, antes, durante y después de cumplir el acto;

Varios concluyen por ejemplo con la fuga del imputado del lugar del hecho, o también con acciones como esconder armas, etc. que demuestran conocimiento y conciencia del acto antijurídico realizado.

12 - Existencia de premeditación o de preparación previa del delito:

La planificación de un hecho delictivo, como por ejemplo esperar a la víctima, esperar la oportunidad para la comisión del hecho como habitualmente sucede en los abusos sexuales intrafamiliares que ocurren cuando uno de los cónyuges se ausenta del hogar y el victimario despliega su agresión, aunque luego se escude en los supuestos efectos del alcohol (por ejemplo).

13 - Quiero destacar que la argumentación múltiple y la utilización de términos técnicos son dos criterios de hallazgo y que surgen de la

experiencia del autor ya que no se encontraron estos criterios en la revisión bibliográfica efectuada.

Utilización de términos técnicos:

La determinación de este criterio se comprueba cuando en las entrevistas los imputados describen sus síntomas del modo que están escritos en los tratados de psiquiatría o psicología, en sus definiciones técnicas y no con las expresiones propias del imputado o del saber popular. Esto se observó en varios relatos. Se destaca en el relato N° 9 que el imputado refiere "...Nunca estuve en un estado de inconciencia como este...", en este caso se aprecia un término técnico del código penal y que no es un término habitual en el discurso de los imputados, porque insisto en que los acusados no pretenden simular amnesia, sino mediante la misma pretenden simular el estado de inconciencia que los puede volver inimputables.

Argumentación Múltiple:

Frecuentemente en mi experiencia pericial escucho que los imputados al ser examinados refieren en primer lugar que no participaron del hecho delictivo, inmediatamente refieren que en realidad no saben si participaron o no porque estaban intoxicados con alguna sustancia, finalmente refieren que no recuerda nada, aquí claramente una argumentación excluye la otra.

- 14 - Por último, quiero destacar lo obtenido del relato N° 11, que se trata de una menor en un síndrome psiquiátrico puerperal, en el que resulta verosímil la amnesia disociativa que refiere, y en el que fundamentalmente la imputada no hace un relato recortado sino que describe una serie de acontecimientos vividos en un estado crepuscular de conciencia, esto es una característica de las amnesias genuinas y sirve de contraste y referencia con el resto de los relatos que refieren todo con claridad y recortan sólo el hecho delictivo con una amnesia absoluta del mismo.

7) El derecho y la psiquiatría parten de paradigmas diferentes al referirse al estado de inconciencia (no se refieren a lo mismo)

En la clínica psiquiátrica

Como se expuso en la introducción, el término inconsciente para la clínica psiquiátrica se puede utilizar para designar dos grupos diferentes de fenómenos o bien en dos sentidos que Kaplan y Sadok (42) dividen en:

1. En primer lugar el estado inconsciente se refiere a aquellos fenómenos en los cuales el funcionamiento cerebral se encuentra alterado y que bajo este contexto, las palabras inconsciente y amnesia hacen referencia a eventos y procesos que tienen un origen fisiológico (o fisiopatológico), como por ejemplo: traumatismo de cráneo, enfermedad vascular, epilepsia, intoxicación alcohólica, etc.
2. El segundo sentido señala que los recuerdos son inconscientes, esta situación no requiere alteración cerebral ninguna, por ello las palabras amnesia e inconsciente, en esta línea se refieren a eventos y procesos con un marco de referencia u origen psicológico (o psicopatológico), como por ejemplo, emoción, inconciencia, trastornos disociativos, amnesia disociativa y trastorno de identidad disociativo entre otros.

Según la clínica psiquiátrica las alteraciones y trastornos de la conciencia comprenden una serie de afecciones que van desde la disminución hasta la pérdida de las capacidades de vigilancia, reflexión e inhibición; en este extremo de alteración la persona se encuentra en desconocimiento, irreflexión, ignorancia, instintividad y automatismo, con ausencia de juicio crítico y sentido de realidad, ausencia de intencionalidad, amnesia, sin conexión con el mundo, y falta de sentido común (6, 51, 52). A este estado se refiere la clínica psiquiátrica con el término de inconciencia.

En el Derecho Penal

Mientras que para la clínica psiquiátrica, un estado de inconciencia requiere suspensión completa, aunque transitoria de las operaciones mentales cognoscitivas, que dejan al organismo en una suerte de actividad automática que excluye los procesos rememorativos, judicativos y valorativos. Para el derecho penal el estado de inconciencia significa una grave alteración de la conciencia, concepto que no surge con características propias ni límites precisos.

Asímismo, en el caso en que una persona actúe bajo aquel estado de alteración mental que la clínica psiquiátrica denomina inconciencia, que implica desconexión con el mundo y una actividad automática del organismo; el derecho penal no se plantea aquí una causal de inimputabilidad, sino por el contrario opina sobre la ausencia de delito por atipicidad, porque un delito requiere por definición de una acción humana, típica, antijurídica, y punible o culpable; y en el caso planteado del automatismo estaríamos en ausencia de acción que constituye el primer elemento de la definición de delito. De lo que se desprende que corresponde al juzgador ubicar si el grado de alteración de la conciencia que informa el perito sobre el imputado, se corresponde con el alcance de la grave alteración de la conciencia que requiere el código penal.

Zaffaroni por su parte, establece como única regla general acerca de la intensidad de la perturbación psíquica para que provoque inculpabilidad por inimputabilidad, es que esta no requiera la provocación de una imposibilidad absoluta o total de la comprensión de la antijuridicidad, que se daría en muy pocos casos y sería de difícil determinación, sino que requiere que provoque un estado en el individuo deba hacer un esfuerzo para la comprensión de la antijuridicidad que no le sea jurídicamente exigible.(87)

Refiriéndose al límite de esta exigibilidad, Zafaroni manifiesta que no hay poder humano capaz de sintetizarlo en una fórmula, y que **éste será el problema siempre abierto** en el terreno de la inimputabilidad.(87)

8) Repercusiones medicolegales de la disociación y los trastornos disociativos

La amnesia disociativa se presenta como síntoma fundamental de los trastornos disociativos, pero además se puede presentar como un síntoma de otros síndromes o trastornos como por ejemplo en las intoxicaciones alcohólicas, en reacciones emocionales severas, etc.

En este apartado se vierten opiniones de diferentes autores sobre las repercusiones médico-legales y opiniones encontradas que genera el fenómeno de la disociación en diferentes legislaciones.

Teniendo en cuenta que uno de los síntomas principales de la disociación es la amnesia, que puede ser fácilmente simulada y difícil de demostrar su

simulación, puede ser muy problemático para los peritos psiquiatras diagnosticar esta condición adecuadamente, y al momento de evaluar la capacidad de comprensión de un crimen tan importante como un homicidio, puede resultar difícil determinar si el acusado estaba en un estado de disociación en el momento de matar o si sufría un estado disociativo como una reacción al trauma de matar a otra persona (estado disociativo post crimen).

Además cuando los acusados que han padecido un estado disociativo, pueden hablar acerca del delito cometido, generalmente refieren lo sucedido como si hubieran participado de un sueño o hubieran estado dentro de una película. Al momento de efectuar el diagnóstico de disociación, esta experiencia narrada de desrealización no resulta suficiente para confirmar el diagnóstico. (54)

La amnesia disociativa puede ser relevante tanto para la competencia de ser llevado a juicio como para la responsabilidad penal. Las cortes han sobreseído acusados alegando evidencia de “automatismo”, o realización de actos inconscientes y automáticos en un estado disociativo frecuentemente seguidos de amnesia. En términos de responsabilidad penal, la amnesia puede dar evidencia del estado disociativo previo, pero el estado disociativo (y no la amnesia en sí) puede reducir la responsabilidad de una persona. (66)

Ante la presencia de un trastorno de identidad disociativo, la aparición de diferentes estados de personalidad que recurrentemente toman control de la conducta de un individuo, algunos de los cuales son amnésicos de las otras y que en estos estados pueden cometer hechos delictivos, se encuentran fuera del alcance o los límites de las reglas estándar de responsabilidad penal, cuando se establece si un individuo puede comprender la naturaleza de sus actos, o si puede adecuar sus acciones a los requerimientos de la ley. Este fenómeno ha presentado un desafío a los jueces y jurados, ya que, mientras la ley ha luchado para encuadrar este diagnóstico en su marco doctrinal, no ha habido aún consenso sobre cómo deben ser aplicadas las mencionadas reglas estándar de responsabilidad penal. (4)

Algunas cortes han encontrado que los individuos con trastorno de identidad disociativa y otras formas de discociación severa generalmente pueden tanto comprender lo que están haciendo como formar parte en actividades orien-

tadas altamente complejas, aun en los momentos cuando sus síntomas están activos.

Por el contrario, otros tribunales han establecido que el trastorno de identidad disociativa y otras formas extremas de disociación, vician la responsabilidad penal.

Por lo expuesto, los criterios para juzgar si un acusado fue responsable al momento del crimen ha llevado a confusión en las cortes.

Al respecto se puede citar como ejemplo los abordajes contrastantes desde cortes canadienses y australianas en el hecho que relacionan crímenes cometidos por individuos en tanto que se encuentran en estados disociativos. En Canadá los estados disociativos se ven como aquellos que entrarían dentro de la defensa del trastorno mental que pueda resultar en un número de opciones dispositivas que incluyen desde la detención en una ámbito psiquiátrico, en tanto que en Australia la evidencia de estos estados disociativos generalmente llevan a una causa o culpa completa. Porque los tribunales australianos han aceptado evidencias de estados disociativos como reacciones sanas, mientras que los tribunales canadienses los han considerado como dentro del ámbito de las reacciones insanas.(54)

Según Benke(4), al evaluar la responsabilidad penal, las cortes deben atender a los siguientes elementos sobre los que yacen la responsabilidad:

1. El primer elemento es que la determinación implica a un solo individuo, el acusado, y aquí no hay que confundir el concepto de personalidad con el de persona.
2. La determinación implica un estado mental del acusado caracterizado por un conjunto de síntomas específicos.
3. El estado mental relevante es aquel que el acusado experimentaba al momento del crimen.

A fin de dar solución a los problemas legales planteados muchas cortes han usado el principio de “persona razonable” para guiar las decisiones cuando se argumenta que un trauma psicológico indujo un estado disociativo. Este criterio reclama que una persona razonable pudo haber reaccionado de igual manera, dado un “estresor” psicológico comparable.(66)

Para finalizar, la evidencia convergente indica que la amnesia disociativa en acusados es auténtica en algunos casos y simulada en otros a pesar del escepticismo general de quienes toman decisiones legales. (Melton et al., 1997 citado en Porter 66).

9) Algunos aspectos del porcedimiento pericial en el estado de inconciencia

Es habitual en los ámbitos legales, en la instancia judicial del juicio oral, que el perito psiquiatra sea requerido para que exponga sus conclusiones y responda a las preguntas del tribunal y de las partes, en relación al informe pericial realizado y eventualmente con los nuevos elementos que pudieran surgir en la audiencia. Aquí se pone a prueba la validez del estudio pericial realizado y se participa de un sistema de confrontación en el que normalmente una de las partes se opone a la opinión pericial. En algunas ocasiones el juzgador puede desviarse de la opinión científica ajustándose a cuestiones legales o administrando otros fundamentos.(31)

Esta ocasión se presta al surgimiento de preguntas que siguen el orden lógico jurídico del razonamiento de aquello que se debate en el juicio, pero que muchas veces se aparta del razonamiento médico clínico psiquiátrico.

Se ofrece como ejemplo la siguiente pregunta: ¿si el electroencefalograma arrojaba tal resultado, cómo se encontraba el imputado al momento del hecho? o bien ¿Cómo es la conducta de una persona que tiene tal o cual lesión cerebral determinada mediante un método de diagnóstico por imágenes?

Responder de modo parcial y fuera de contexto nos puede llevar a conclusiones erróneas. En el ejercicio de la psiquiatría forense se determinan capacidades o aptitudes, en el caso particular del derecho penal, la capacidad de delinquir, por lo tanto no importa el grado de alteración que muestren los métodos complementarios del diagnóstico, porque como su nombre lo expresa, la clínica es soberana y los estudios complementarios de diagnóstico son complementarios. Un signo en un estudio complementario o un guarismo en un dosaje de alcohol en sangre, por ejemplo, pueden ser elementos orientadores , no obs-

tante no revelan con certeza, cómo se encontraba la persona al momento del hecho.

Es decir, en el caso particular de los estados de inconciencia el perito debe efectuar, luego del diagnóstico clínico psiquiátrico, una construcción o conjetura sobre el estado mental del examinado al momento del hecho y con arreglo a este último diagnóstico, evaluar el grado de alteración de la conciencia y la comprensión de la criminalidad del acto y la posibilidad de gobierno de la conducta o dirección de las acciones. Esta conjetura surge de un estudio integral del imputado, de manera personalizada, la salud mental, su personalidad, la dinámica delictiva, la constatación de terceros, etc. y no se desprende simplemente del hallazgo de un signo, síntoma, lesión, o resultado de un estudio complementario.

En las pericias que se ponen en juego estados de inconciencia, necesariamente, sus conclusiones serán por lo tanto, desde un punto de vista lógico y lingüístico estrictamente “conjeturales”, ya que el perito debe construir una hipótesis sobre el grado de alteración de la conciencia que tuvo el imputado al momento de cometer un hecho delictivo, razón por la cual este tipo de conclusiones difiere de aquellos procedimientos periciales en los cuales se puede determinar alteraciones mentales presentes y sus consecuencias legales.

10) Sobre el diagnóstico de simulación

Las investigaciones recientes indican que los profesionales psiquiatras y psicólogos en entornos legales pueden ser entrenados para aumentar su habilidad para detectar el engaño(67), ya que existe evidencia sustancial de que los imputados muestran una diferente constelación de conductas verbales y no verbales cuando mienten y cuando dicen la verdad, Vrij citado en Porter. (66)

En el tema de investigación que nos ocupa (la simulación de estados de inconciencia), la tarea de los peritos no es determinar si el sujeto dice la verdad, eso es tarea de los juzgadores, por ello, la tarea de los peritos es determinar si la persona tiene alguna patología, y en tal sentido si se encuentra en condiciones de decir o no la verdad con arreglo a su salud mental. También es tarea de los peritos psiquiatras, determinar desde un punto de vista científico (clínico), si la amnesia que invoca el individuo es real o simulada y si la conducta desple-

gada por el imputado de un crimen es compatible con un acto llevado a cabo en estado de inconciencia.

No hay que caer en el error de muchos médicos que tienden a subestimar los conocimientos, preparación y habilidades de algunos simuladores, en tal sentido es importante disponer de datos del exterior o constatación de terceros. La identificación y diagnóstico de la simulación pueden depender en gran medida de informes subjetivos, y el perito a veces no está predispuesto para obtener datos de corroboración externa en la medida de lo posible.(27)

Cuando se les requiere a psicólogos o psiquiatras forenses que den una opinión respecto a la validez de una declaración de amnesia, se coincide con la opinión de McCann, Vrij, Memon, & Bull, citados en Porter (66) que el enfoque óptimo para evaluar tal solicitud es conducir una investigación completa utilizando hipótesis y técnicas múltiples.

Por todo lo expuesto, teniendo en cuenta la problemática abordada del estado de inconciencia y su simulación, que requiere por parte del perito el esfuerzo de efectuar una construcción conjetural sobre el estado mental del individuo al momento del hecho, se considera más adecuado la utilización combinada de los métodos clínicos, corroborativos, sistematizados y evaluación mediante la aplicación de criterios de simulación.

El esquema de la página siguiente ilustra la estrategia metodológica sugiriendo los pasos a seguir en el razonamiento clínico a los fines de poder determinar la autenticidad de un estado de inconciencia invocado.

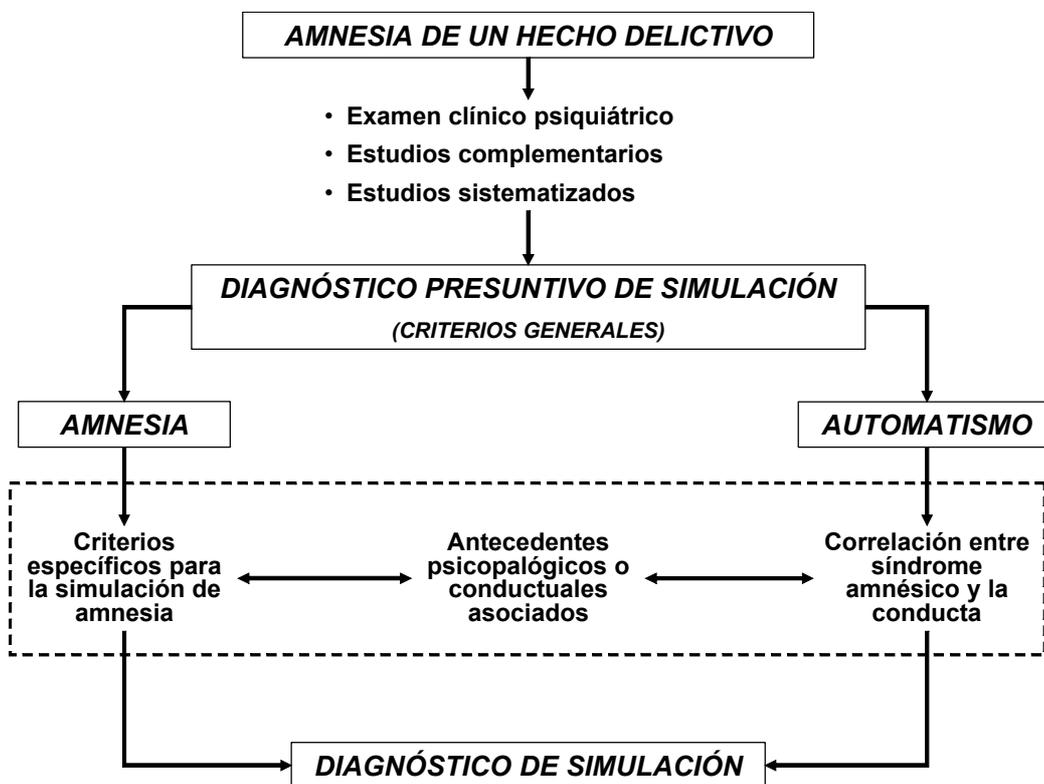
- a) La evaluación comienza cuando el acusado de un crimen o delito alega amnesia del hecho ocurrido.

- b) Como primera medida debe realizarse el examen clínico psiquiátrico, en base a su resultado se solicitarán los estudios complementarios que correspondieren (laboratorio clínico, estudios funcionales, diagnóstico por imágenes, entre otros), concluyendo esta primera etapa con los estudios sistematizados, es decir, exámenes y testificación psicológica de personalidad, psicométrica, etc.

- c) Con los estudios realizados y en base a los criterios generales de simulación se puede efectuar el diagnóstico presuntivo de simulación.
- d) Ante dicha presunción es aconsejable analizar la legitimidad del episodio amnésico, sometiendo el mismo a los criterios específicos de simulación de amnesia. Asimismo, es menester estudiar la conducta desplegada para determinar si se corresponde con un automatismo mental, para ello se debe correlacionar el síndrome amnésico con dicha conducta y, finalmente, valorar toda documentación disponible a los fines de determinar los antecedentes psicopatológicos asociados (datos del expediente, constatación de terceros, declaraciones, informes e historias clínicas, entre otros).

La presente estrategia metodológica ofrece una secuencia gradual que permite discriminar la autenticidad de un episodio amnésico o estado de inconciencia, fundamentándose en la aplicación de técnicas múltiples y no sólo en opiniones sesgadas y parciales (ver esquema).

PROPUESTA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SIMULACIÓN DEL ESTADO DE INCONCIENCIA



CONCLUSIONES

Mediante el análisis de los resultados y hallazgos durante la serie estudiada es posible efectuar las siguientes conclusiones:

- 1) La mayoría de las declaraciones de amnesia de hechos delictivos en el servicio de Psiquiatría Forense del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba son simuladas.
- 2) No existen signos patognomónicos de simulación, el diagnóstico del fraude clínico no debe efectuarse de modo intuitivo sino que debe ser establecido sobre las bases de la investigación científica. A tal fin, la conclusión pericial debe surgir del análisis de varias fuentes de información.
- 3) El imputado no pretende simular amnesia, lo que se pretende simular es el estado de inconciencia que prevé el código penal.
- 4) Para establecer inferencias sobre la autenticidad de un estado de inconciencia cobra mayor valor el razonamiento clínico que los estudios complementarios.
- 5) La argumentación múltiple y la utilización de términos técnicos por parte de los inputados, ambos criterios de hallazgo en la presente investigación, pueden ser considerados e incorporados con el resto de los criterios de simulación vigentes.
- 6) Para determinar si una persona simula un estado de inconciencia, cuando invoca amnesia del hecho delictivo es menester “rodear” el fenómeno, ya que directamente no se puede obtener información cuando se cierran todas las posibilidades en la expresión de ausencia del recuerdo.
- 7) En las pericias que se ponen en juego estados de inconciencia, necesariamente, sus conclusiones serán desde un punto de vista lógico y lingüístico estrictamente conjeturales, la opinión médica en estos casos no debe ser vinculante.
- 8) En la valoración de los estados de inconciencia, no es función del perito médico psiquiatra determinar si el imputado miente, por el contrario es función del perito determinar si el traído a juicio es capaz de entender la verdad o la mentira cuando padece una trastorno mental, o bien determinar la actitud simulatoria.
- 9) La estereotipia en las respuestas vertidas durante los exámenes periciales en estos casos implica que los imputados fueron asesorados por terceros o inducidos por otros imputados sobre la modalidad que el imaginario social, o las experiencias particulares suponen que se presentan los estados de inconciencia.

- 10) Es importante resaltar que la simulación de estados de inconciencia por parte de sujetos que actuaron intoxicados con sustancias psicoactivas al momento del hecho suele consistir más en una exageración de los síntomas existentes que en una completa invención de ellos. Y en estos casos la mayor parte de las veces se podría establecer algún grado de imputabilidad disminuida.
- 11) El derecho y la psiquiatría parten de paradigmas diferentes al referirse al estado de inconciencia, por ello el perito psiquiatra debe efectuar una construcción conjetural con los basamentos científicos correspondientes para asesorar a la justicia sobre el grado de afectación del imputado al momento del hecho, y el juzgador debe interpretar si esto se ajusta a los alcances de lo previsto en el derecho penal.
- 12) Las diferentes cortes y los tribunales en distintas partes del mundo necesitan mejores pautas o lineamientos sobre el fenómeno de la amnesia, los estados disociativos y la simulación del estado de inconciencia. La creciente comprensión científica de la memoria en la última década puede contribuir significativamente al desarrollo de tales pautas. El testimonio responsable, imparcial y experto de los profesionales de la salud mental puede resultar un paso importante en la dirección de rectificar el estado actual de la ley respecto a su concepción de los estados de inconciencia.
- 13) Dentro de los trastornos cognitivos y otros trastornos mentales, la simulación de problemas de memoria en los ámbitos legales es la más frecuente. No obstante, estas afirmaciones y a la alta motivación de los imputados para simular, la presunción de que todas las declaraciones de amnesia por parte de los acusados son simuladas, es un prejuicio. Cuando un simulador tiene éxito en su cometido puede eludir la acción de la justicia y verse beneficiado con un tratamiento psiquiátrico siendo este el último refugio de un delincuente. Asimismo, si una amnesia real es vista como simulación, el acusado puede ser llevado a juicio o puede ser encontrado responsable del crimen y cumplir injustamente una condena. En tal caso produciría un daño social mayor y una severa afrenta a los derechos humanos cerrando la única puerta que le queda al hombre honesto que sufrió un verdadero estado de inconciencia.
- 14) Ante la subjetividad del tema que nos ocupa, en su valoración tanto desde el punto de vista médico como jurídico, además de la escasa bibliografía encontrada y la carencia de metodologías específicas; es que surge la necesidad de la propuesta efectuada para lograr el diagnóstico de la simulación del estado de inconciencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Achával Alfredo – *Alcoholización – Imputabilidad – Estudio Medicolegal – Estudio Psiquiátrico Forense* - Edit. Abeledo Perrot – Bs. As. – Argentina. 1994.
- 2- Achával Alfredo – *Delito de Violación – Estudio Sexológico, Médicolegal y Jurídico* – Edit. Abeledo Perrot – Bs. As. – Argentina. 1992.
- 3- Achával Alfredo – *Simulación en Psiquiatría - Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* – AAP – Año 3 – Vol 3 N° 1 41 -43 - Bs.As. 2006.
- 4- Benke Stephen H. - *Confusion un the Courtoom – Internacional Journal of Law and Psychiatry – Revista* – vol 20 n° 3 pp 293 – 310 – U.S.A. 1997.
- 5- Binks PG, Gouvier WD, Waters WF. *Malingering Detection with the Dot Counting Test. Arch Clin Neuropsychol*; 12: 41-46, 1997.
- 6- Bonnet E. F. P. – *Psicopatología y Psiquiatría Forenses – Partes General y Especial* – Buenos Aires – Argentina – Libro - edit. Libreros López editores – Tomos I y II, 1983.
- 7- Bonomi Lucía M. y Colaboradores – *Propedéutica Neurológica y clínica neurológica para la Atención Primaria* – Edit. Seis - C Impresiones – Córdoba – Argentina – 2006.
- 8- Bradford, J.M.W.; - *Amnesia and Homicid – The Padola case and a study of thirthy cases* – *Bulletin of the AAPL*; 7:219-231, 1979.
- 9- Bruno A.H., Cabello J. *Simulación en Psiquiatría Forense, Cuadernos de Medicina Forense, Año 1, N°2, Pag. 81-93. Bs.As. Agosto, 2002.*
- 10- Budson AE, Price BH - *Disfunción de la memoria* – *New England Journal of Medicine* - 352:692-9, 2005.
- 11- Burdet - Dardé; *Medicina y Derecho, aspectos jurídicos de las epilepsias, Rev Neurol*; 34: 551-5, 2002.
- 12- Cabello Vicente P. – *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal* – Edit. Hammurabi – Bs.As. Argentina, 2000.
- 13- *CIE 10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Edit. Panamericana, Madrid – España – 2000.*
- 14- *Código Penal de la República Argentina, leyes complementarias – Libro 1- Editorial A. Z. Bs. As.*
- 15- *Código Procesal Penal de la Provincia de Córdoba.*
- 16- Cosacov MC, Wior P, Ávalos A, Cosacov E. *Violencia y Epilepsia Aspectos Médico Legales, Revista Médica de Córdoba, Volumen 90, pags. 26 a 29 ISSN 0370-6125, 2002.*
- 17- Covelli José Luis, *Manual de Psiquiatría Forense, Dosityuna Ediciones Argentinas, Bs.As. 2007.*
- 18- Delay J. Pichot P., *Manual de Psicología, Barcelona. Toray Masson, 1979.*
- 19- Delgado Bueno Santiago – *Psiquiatría Legal y Forense – Madrid España – Edit. Colex – Tomo 1 – pags. 1449 – 1458, 1994.*

-
- 20- Delgado - Escueta AV, Mattson RH, King L. *The nature of agresión during epileptic seizures. N Engl J Med* 305: 711-716, 1981.
- 21- *Diccionario Salvat – Salvat Editores- Barcelona - 1995.*
- 22- *DSM IV – Manual diagnóstico y estadístico de Los trastornos mentales – Edit. Masson – 1995 – Barcelona – España.*
- 23- Ekman P, Friesen WV, O’Sullivan M: *Smiles when lying. J Pers soc Psychol* 54:414-420, 1988.
- 24- Evren C, Scar V, Karagoz M y colaboradores. *Los trastornos Disociativos Representan un Obstáculo para el tratamiento del Alcoholismo, Psychiatry Reserarch* 152 (2-3):233-241, Agosto 2007.
- 25- Erdreich M – *Sectorial Automatism: A Further Development – Medicine and Low – Southerm Africa – 13: 167 – 175, 1994.*
- 26- Ey Henry – *Tratado de Psiquiatría – Ed. Masson – 3era. Reimpresión – México – 1987.*
- 27- Faust, David, PhD, *Identificación del engaño, Clínicas Neurológicas de Norteamérica, Volumen 2, pags. 249 – 259, 1995.*
- 28- Ferrari Luis Alberto, *Alcohol Etilico Aspectos Químicos, Biológicos y Médicolegales – Contribución elaborada para el Magister de Psiquiatría Forense – Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de la Plata – Bs.As. – 2002.*
- 29- Ferrari, L. A. - *Proceedings XXXV TIAFT World congreso. pp. 26-32, 1997.*
- 30- Ferrater Mora, J. *Diccionario de Filosofía – Edit. Sudamericana – Buenos Aires. Vol II, 1996.*
- 31- Folino JO, *Interfase Psiquiátrico Judicial, Buenos Aires Argentina, Edit. Lema, 1994.*
- 32- Folino J.O. “ *Métodos para evaluar Simulación*” *Maestría en Psiquiatría Forense, La Plata, Buenos Aires, 1999 -2001.*
- 33- Folino J.O. , Michael J. F. Van Der Wolfe Iris Edith La Salvia, *Sistemas Forenses De Salud Mental en Holanda y Argentina – Derecho Comparado - La ley – Año LXXII N° 2008.*
- 34- Freud Sigmund, *Obras completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1990.*
- 35- García G. - Domingo, L. Negredo - López, S. Fernández - Guinea – *Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense – Madrid – España – Revista de neurología* 38 (8): 766-774, 2004.
- 36- González J. *Simulación y psicología clínico - forense, Revista de Medicina Legal de Costa Rica* 8(2):39-43, 1991.
- 37- Hare, R.D. *Withot conscience: the disturbing World of the psychopaths among us. New Cork, NY: Simon & Schuster, 1993.*
- 38- Hare, R.D. *Psychopathy: a clinical construct whose time has come, Criminal Justicie & Behavior,* 23.25-54, 1996.
- 39- Heidegger, M. - *El Ser y el Tiempo - Edit. Fondo Cultura Económica – México - 1968.*

-
- 40- Iacono. W.G. & Patric, C.J. , Polygraph ("lie detector") testing: the state of the art. In: A.K. Hess, & I.B. Weiner. Eds. *The handbook of forensic psychology*, pp.441-473, New York, NY: Wiley, 1999.
- 41- Kanemoto, Kawasaki, Etsuko: *Violence and Epilepsy: A Close Relation Between violence and Posictal Psychosis*, epilepsia volume 40 (1) January, pp 107-109, 1999.
- 42- Kaplan Harold I., Benjamin J. Sadock – *Tratado de Psiquiatría /VI – sexta edición – Buenos Aires Argentina – Libro – Edit. Intermédica – Volumen III y IV, 1997.*
- 43- Kenneth Perrine, PhD, Sylvia Congett. *Violencia y Agresión - Clínicas Neurológicas de Norteamérica, Volumen 1*, pags. 123 – 139, 1994.
- 44- Kopelman, M. D.: *Crime and Amnesia: A review. Behavior Scienes & the Law*; 5(3):323-342, 1987.
- 45- Laje Anaya Justo Laje – *Notas al Código Penal Argentino – Córdoba – Argentina – Libro - Edit. Marcos Lerner – Tomo I, 1994..*
- 46- Lancman M. *Psychosis and peri-ictal confusional states, Neurology*; (suppl 2): 533-538, 1999.
- 47- Laplanche J, Pontalis J. B., *Diccionario de Psicoanálisis*, edit. Labor, Barcelona 1983.
- 48- Leong, G. B., & Arturo, J. *Psychiatric - legal analysis of criminal defendants charged with murder: a sample without major mental disorder. Journal of Forensic Scienses*, 40, 858 -861, 1995.
- 49- Lynch, B. E., & Bradford, J. *Amnesia: its detection by psychophysiological measures. American Academy of Psychiatry and Law*, 8, 288-297, 1980.
- 50- Marcó Ribé J., Martí Tusquets J.L., Pons Bartrán R. – *Psiquiatría Forense –Edit. Salvat, Barcelona España, 1990.*
- 51- Marianetti J. E. – *Emoción Violenta – Interrelaciones Psiquiátrico – Psicológico – Jurídicas – Ediciones Jurídicas Cuyo – Mendoza – 1995.*
- 52- Marietan Hugo R. – *Curso de Semiología Psiquiátrica – edit. Anaké – tercera edición, Bs.As. 2005.*
- 53- Mata Burgos Alvaro, *Trastorno Mental Transitorio, Medicina Legal de Costa Rica ISSN 1409 – 0015 versión impresa, Med. Leg. Costa Rica v.17 n.2 Heredia mar 2001.*
- 54- Mcsherry Bernardette - *Dissociative States and Criminal Responsibility - International Journal of Law and Psychiatry*, vol 21 N° 2. pp.163 –176 USA, 1998.
- 55- Monchablón Espinoza A – *Imputabilidad en la Epilepsia - Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis – AAP – Año 3 – Vol 3 N° 1 44 -80 - Bs.As. 2006.*
- 56- Montgomery, M.R. *Jour. Of Toxicol. And Envir, Healt* 36,281-192, 1992.
- 57- Nuñez Ricardo C. *Derecho Penal Argentino – Buenos Aires – Argentina – Edit. Omeba – Tomo Segundo, 1965.*
- 58- Othmer Ekkehard – Sieglinde C. Othmer – *La Entrevista Clínica – El Paciente Difícil – Barcelona España. Edit. Masson, Tomo II, 1996.*

-
- 59- Parwatikar, S. D., Holocomb, W. R., & Menninger, K. A., II. *The detection of malingered amnesia in accused murdered. Bulletin of the American Academy Psychiatry and the Law*, 13,97-103, 1985.
- 60- Patiño J.L. *Psiquiatría Clínica* .- Mexico - Edit Salvat - 1980.
- 61- Pereira Carlos R. – *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual* – Edit. Salerno – Bs.As. 2000.
- 62- Perez Milán J.F. *Simulación Neuropsiquiátrica. Aspectos Forenses*, Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 4(1) pags. 1-13, 2007.
- 63- Perrine KR. *Psychopathology in epilepsy. Semin neurol. Jun; 11(2): 17581, 1991.*
- 64- Pillmann F, Rohe A, Ullrich S, Draba S, Sannemuller u, marneros A. *Violence, criminal behavior, and the EEG: significance of left hemispheric focal abnormalities J Neuropsychiatry Clin neurosci Fall; 11(4): 454-7, 1999.*
- 65- Porot Antoine – *Diccionario de Psiquiatría clínica y terapéutica* – Edit. Labor – Traducción Barcelona España, 1977.
- 66- Porter Stephen, Birt A.R., Yuille J.C., Hervé H.F. – *Memory for murder A psychological perspective onn dissociative amnesia in legal contexts - International Journal of Law and Psychiatry – Vol. 24 N° 1, 23 – 42, 2001.*
- 67- Porter, S., Woodwort, M., & Birt, A. R.. *Truth, lies, and videotape: the ability of federal parole officers to detect deception. Law and Human Behavior, 24:643-658, 2000.*
- 68- Resnick P.J. *Postraumatis Stress Disorder in Litigation. En: Simon RI. Ed. Washington: American Psychiatric Press, P. 117-134, 1995.*
- 69- Rubinsky, E. W., & Brandt, J. *Amnesia and Criminal law: A clinical overview. Behavioral Sciences and the Law, 427-46, 1986.*
- 70- Serra A., Romanella L, Pompa G, Romanella A, *La exploración clínica de la memoria. Comparación entre Minimental y River Mead - Asociación Argentina de Psiquiatras – Buenos Aires. N° 2:1-3, 2005.*
- 71- Spinetto Marcela, *Proceso psicodiagnóstico en Simulación, Vertex Rev. Arg. De Psiquiat. Vol XVI: 206 –212, 2005.*
- 72- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe Hj. – *Avances recientes en la teoría de la disociación World Psychiatry, 5 (2):82-86, 2006.*
- 73- Swihart Gayla, John Yuille, and Stepen Porter – *The Role of State- Dependent Memory in “ Red-Outs”- International Journal of Law and Psychiatry. Vol 22 Nos 3-4 pp. 199-212 – U.S.A. Mayo/ June-July / August 1999.*
- 74- Taylor, P. J. Kopelman, M : - *Amnesia for criminal offenders – Psychological Medicine. 1984; 14:581-588.*
- 75- Tenconi JC, Schpilberg M – *Tratado de Actualización de Psiquiatría – Edición I – Edit Sciens – Bs. As, 2006.*
- 76- Tkaczuk Josefa – *Diccionario de Psicología Forense – edit. Quórum – Bs.As, 2005*

-
- 77- Tombaugh Tom N. – TOMM – Test of Memory Malingerin – MHS. Canadá, 1996.
- 78- Treiman DM *Epilepsy and violence: medical and legal issues*, *Epilepsia*; 277 Suppl 2: S77-104, 1986.
- 79- Tsopelas ND, Saintfort R, Fricchione Gl. *The relationship of psychiatric illnesses and seizures*. *Curr Psychiatry Rep. Jun*; 3 (3): 235-42, 2001.
- 80- Ulin Priscilla R.; Elizabeth T. Robinson; Elizabeth E. Tolley *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Organización Mundial de la Salud: Washington, D.C. 2006.
- 81- Valbuena Briones A. Álamo González C. – *Avances en Toxicomanías y Alcoholismo – Aspectos conceptuales, Farmacológicos, Clínicos-Terapéuticos y Médico-Legales- Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá – España, 1996.*
- 82- Van Rensburg P, Gagiano Ca, Verschoor T. *Possible Reasons Why Certain Epileptics Commit Unlawful Acts during or Directly after Seizures – Medicine and Law – Southern Africa*, 13: 373 - 379, 1994.
- 83- Verdú Pascual F. A.- Negre Muñoz Ma. Del C. “*Simulación y disimulación ante el médico Forense: Un problema de todos*” *Boletín de Médicos Forenses de la República Argentina*. N° 45 – Revista Rosario, Argentina, 1999.
- 84- Vidal G, Bleichmar H, Usandivaras R- *Enciclopedia de Psiquiatría – Edit. El Ateneo, Bs. As., 1977.*
- 85- Wamba, Z, Ferrari, L. A. . *Proceedings of Tiaft World Congreso. University of Padova*. pp. 683-641, 1997.
- 86- Wiggins, E.C.; brandt, J: *The detection of simulated amnesia – Law and Human Behavior*; 12(1): 57-78, 1988.
- 87- Zafaroni Eugenio – *Tratado de Derecho Penal – Buenos Aires, Argentina. Edit. Ediar, Parte General IV*, 1982.
- 88- Zazzali J. Roberto, *La pericia psiquiátrica – Buenos Aires Argentina, Edit. Ediciones La Rocca 2006.*

ANEXOS

A continuación se documenta el presente trabajo con un grupo de seis sentencias emitidas por las Cámaras del Crimen del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba en relación a causas de imputados que habían invocado amnesia del hecho delictivo siendo diagnosticada la simulación de estado de inconciencia mediante la pericia psiquiátrica.

Cabe destacar que las sentencias, una vez protocolizadas son documentos de acceso público por lo que no rige el secreto de sumario.

Al observar el resultado de las sentencias se puede corroborar de qué modo valoró el juez lo informado en las pericias en el contexto general del proceso, siendo este un método que nos permite cotejar y correlacionar los efectos del informe pericial en el proceso penal.

1) CÁMARA 11MA. EN LO CRIMINAL: Sentencia N° 11, autos caratulados “Peralta Luis Arsenio p.s.a. robo en grado de Tentativa” (Expediente “P” 14/00), Resuelve “...I) Declarar que Luis Arsenio Peralta de condiciones personales ya relacionadas, es autor responsable del delito de robo en grado de tentativa en los términos de los arts. 42 y 164 del c. Penal y condenarlo a la pena de seis meses de prisión, con costas, declarándolo reincidente.....”.

2) CÁMARA 8VA. EN LO CRIMINAL: Expediente N° 168258, Córdoba 2 de octubre de 2007, en los autos caratulados “Cobo, Lucía Magdalena y otros p.ss.aa. encubrimiento agravado, etc” “.Resuelve: I) Declara a Lucía Magdalena Cobo ya filiada, penalmente responsable en calidad de coautora del delito de encubrimiento por Receptación Dolosa, y partícipe necesaria de robo en grado de tentativa, en concurso real...”.

3) CÁMARA 3ERA. EN LO CRIMINAL: Sala unipersonal N° tres, Expediente “E” 02/07- Prio N° 872.653 Secc. A.G. y 957,442 Secc.A.G. Córdoba 14 de Abril de 2008, en los autos caratulados “Espíndola, Angel Hernan p.s.a. de Encubrimiento, Robo calificado y robo Calificado en grado de Tentativa” “ Resuelve: I) Declarar que Ángel Hernan Espíndola, ya filiado, es autor penalmente responsable de los delitos de encubrimiento, Robo Calificado en grado de tentativa en concurso real...”.

4) CÁMARA 11MA. EN LO CRIMINAL: Expediente 111748, 23 de Mar-

zo de 2005, en los autos caratulados “ Iriarte, Alejandro Gastón y otros p.ss.aa. robo calificado agravado por el art. 41 quater” “ Resuelve I) Declarar que Alejandro Gastón Iriarte....es co autor penalmente responsable del delito de robo calificado....”.

5) CÁMARA EN LO CRIMINAL DE CRUZ DEL EJE: Sentencia N° 6, Cruz del Eje 11 de marzo de 2004, en los autos caratulados “ 1) Balmaceda Jorge Hugo, 2) López Adrián Marcelo, 3) López Gabriel Leonardo – p.ss.aa. robo calificado, violación de domicilio, privación ilegítima de la libertad calificada y tenencia ilegal de arma de guerra compartida, etc. “ Expediente letra “B” nro: 12 del 28.10.2003. “ Resuelve: I) Declarar a Jorge Hugo Balmaceda coautor penalmente responsable de los delitos de Robo calificado.....,II) Declarar a Adrián Marcelo Lopez partícipe necesario de robo calificado...III) Declarar a Gabriel Leonardo López partícipe secundario del delito de robo calificado por el uso de arma...”.

6) CÁMARA 8VA. EN LO CRIMINAL: 5 de setiembre de 2003, en los autos caratulados “ Quinteros Gonzalo Luciano p.s.a. de robo calificado por escalamiento” “ ...Resuelve: III) Declarar a Gonzalo Luciano Quinteros autor penalmente responsable de los delitos de robo calificado...”.

7) CÁMARA 5TA. EN LO CRIMINAL: 16 de Agosto de 2005, en los autos caratulados “ Suarez Pedro Tomás p.s.a. homicidio agravado por el art 41 bis, etc.” expediente S-87310/04, “...Resuelve: I. declarar a Pedro Tomás Suarez....autor responsable de los delitos de homicidio agravado por el uso de arma y lesiones leves...”.