

# SIMULACIÓN Y PSICOLOGÍA CLÍNICO-FORENSE

LC. JORGE GONZÁLEZ PINTO\*

**REFERENCE:** GONZÁLEZ PINTO, J., *Simulation and Forensic Psychology*, Medicina Legal de Costa Rica, 1991, vol. 8, Nº 2, pp. 39-43.

**ABSTRACT:** Simulation is imitating what one is not. It is characterized by voluntary production of physical or psychological manifestations. It occur in a person who has never had disease, or who has been ill and healed or who simulates other clinical types. The deafness is the disease most frequently simulated. In criminal cases, simulation is used to avoid jail, to shorten a sentence, to delay a trial or to try to be hospitalized in Psychiatric Institution to escape. In the occupational field, simulation is used to get disability certificates or for work compensation.

In the civil field, simulation is seen in trial by compensation for damage. In family law, simulation is common in divorce suits. When simulation is suspected, the expert should study:

1. Clinical history; 2. Behavioral manifestations of the patient; 3. Psychological interview; 4. Psychological tests.

It is necessary to make a differential diagnosis with factitious disorder, dissociative disorders and neurosis by compensation.

**KEYWORDS:** Simulation, Forensic Psychology.

**REFERENCIA:** GONZÁLEZ PINTO, J., *Simulación y psicología clínico-forense*, Medicina Legal de Costa Rica, 1991, vol. 8, Nº 2, pp. 39-43.

**RESUMEN:** Simular es imitar lo que no se es. Se caracteriza por la producción voluntaria de manifestaciones físicas o psicológicas con un propósito identificable. Puede ocurrir en personas que nunca han tenido enfermedad o que la han padecido y se han curado, o que padeciendo enfermedad tratan de ocultarla o aparentar otra forma clínica. La sordera es la enfermedad más comúnmente simulada. En el área penal la simulación tiene como propósito evadir la prisión, disminuir la condena, retardar el proceso judicial o buscar el internamiento en un hospital psiquiátrico para facilitar la fuga. En el campo labor de simulación busca lograr traslado de puesto, obtener incapacidad laboral o ser pensionado por invalidez.

En el campo civil se pretende una indemnización por presuntos daños. En el Derecho de Familia se simula para evadir el pago de una pensión alimenticia, tratar de seguir disfrutando de una pensión alimenticia, obtener una interdicción o responsabilizar a otro en un juicio de divorcio. La metodología recomendada es:

1. Revisión del expediente clínico; 2. Estudio de manifestaciones conductuales del paciente; 3. Entrevista psicológica, y 4. Pruebas psicológicas. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con el trastorno ficticio, los trastornos disociativos y la neurosis de renta.

**PALABRAS CLAVES:** Simulación, psicología forense.

## DEFINICIÓN.

La etimología de la palabra *simulación* deriva del latín *simulatio*, cuyo significado es la acción de simular o imitar lo que no se es.

Desde el punto de vista psicológico es una manifestación conscientemente falsa, con un determinado fin, mediante el engaño de otros. Por lo tanto, es una mentira que pudiéramos decir plástica, en la cual, el sujeto puede fingir, imitar, provocar, alegar, exagerar, falsear el origen y disimular una enfermedad, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada, y que con un esfuerzo mantenido durante un tiempo determinado busca el conseguir un beneficio o provecho inmediato. Así pues, su característica esencial radica en la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos y/o psicológicos, falsos o exagerados, con la finalidad de alcanzar un objetivo identificable. Como ejemplo de estos objetivos se encuentra la evitación del servicio militar, la obtención de drogas ilícitas, el evitar misiones militares peligrosas, el obtener una pensión por

invalidez o una compensación económica por secuelas derivadas de accidente laboral y la evasión de una condena criminal. De esta manera tenemos que los delincuentes recurren con mucha frecuencia a la simulación, pudiendo originarse ésta por parte del propio sujeto o por sugerencias de otras personas, y cuyo fin puede ser, entre otros, el de eludir declaraciones que le perjudiquen, el de evitar la prisión o retardarla y el de ser internado en un centro psiquiátrico que facilite las posibilidades de fuga.

## RESEÑA HISTÓRICA.

La simulación data de la antigüedad. La Biblia nos relata como David, prisionero de su rival, deja caer baba, escribe en puertas y paredes, modifica su modo de hablar y finge estar loco, ante el temor de que le hagan sufrir dolorosas torturas y le den muerte. Así mismo Raquel roba a su padre Labán unos ídolos, escondiéndolos debajo de la albarda de un camello y finge la periódica enfermedad de las mujeres para no levantarse y que no se encuentren los ídolos que busca.

Por su parte Solón simula una locura pasajera por las calles de Atenas para levantar al pueblo contra una ley que considera injusta y vergonzosa y Ulises también simula estar loco para eludir el ir a la guerra de Troya, por temor a que se cumpla la predicción de una sibila.

Posteriormente Galeno escribió el primer tratado sobre enfermedades simuladas, lo que le dio gran fama en Roma.

## CLASIFICACIÓN.

La simulación se puede dar:

- a) En sujetos que nunca han padecido enfermedad mental y/o física o que la han padecido y se han curado y,
- b) en sujetos que han tenido enfermedad mental y/o física e intentan ocultarla o aparentar otra forma clínica. Las enfermedades físicas principalmente simuladas son:

— **Del aparato digestivo**, como la úlcera, la colitis y las diarreas, en las cuales el sujeto toma bicarbonato y purgantes de diversos tipos.

\* Psicólogo clínico forense, Departamento de Medicina Legal de Costa Rica. Apartado 16, San José (1003), Costa Rica.

- **Del aparato circulatorio**, donde lo muy frecuente es que el sujeto suba y baje escaleras hasta provocar una disnea de esfuerzo antes del reconocimiento, con taquicardia. Otra simulación es producirse edemas en las piernas liándose vendas apretadas a las extremidades, lo que impide la circulación.
- **Del aparato respiratorio** lo más común es simular una hemorragia nasal, la que se causa fácilmente con el mismo dedo clavando la uña o con cualquier objeto que se introduce en la nariz.
- **Dermatológicas**, provocadas mediante cáusticos corrosivos, irritaciones mecánicas y otros medios.
- **Afecciones de los ojos**, haciéndose llegar a la conjuntiva cuerpos extraños o sustancias irritantes para provocar una conjuntivitis.
- **La sordera** que es una de las enfermedades más corrientemente simuladas.

Las formas clínicas de enfermedad mental que con más frecuencia suelen simularse, se han clasificado de distinta forma:

Biswanger dividió a los simuladores de la siguiente manera, de acuerdo con la forma de su trastorno adoptado:

1. Los que simulan confusiones estuportosas;
2. Los que pretenden sufrir alucinaciones o ansiedad;
3. Los que simulan manías furiosas." (1)

Por otra parte, Furstner los agrupa así:

1. Simuladores de formas depresivas, a veces con estupidez, apatía, mutismo, o bien con lenguaje y conducta estúpida o incoherente;
2. Simuladores que presentan confusión o pérdida de la conciencia, anterior al momento de delinquir, acompañada o no de ilusiones sensoriales;
3. Simuladores de tipo poliformo, con fenómenos psicopáticos irregulares, cuyos síntomas carecen de unidad nosológica y se alternan entre sí;
4. Simuladores de formas exitadas, presentando confusión, conducta maniaca, tendencias a ejecutar actos violentos, etc." (2)

Finalmente Ingenieros los ha clasificado de la siguiente manera:

1. Estados maníacos generales;
2. Estados depresivos generales;
3. Estados delirantes o paranoicos;
4. Episodios psicopáticos, sobre un fondo neuropático;
5. Estados confusodemenciales". (3)

### SIMULACIÓN Y PSICOLOGÍA CLÍNICO-FORENSE.

En la práctica psicológica clínico-forense los intentos de simulación y/o de disimulación de enfermedad mental ocurren en diferentes campos de nuestro quehacer pericial;

**En el área penal.** Los imputados en diversos tipos de delito, como por ejemplo homicidio, violación, robo, lesiones, falso testimonio, etc. ...recurren a la simulación con la finalidad de:

- a) Evadir el ir a prisión, alegando abolición o franca disminución en las capacidades volitivas, cognoscitivas y judicativas para reconocer el carácter de sus actos, o sea, jurídicamente hablando, argumentar inimputabilidad;
- b) Disminuir la condena, aduciendo disminución en las capacidades ya mencionadas, o sea, imputabilidad disminuida;
- c) Retardar el proceso judicial, la respectiva sentencia y el envío a un centro penitenciario;
- d) Buscar ser internados en un hospital psiquiátrico como una mejor alternativa y/o para facilitar una eventual fuga.

En el caso de los ofendidos en cierto tipo de delitos como violación, lesiones y agresiones físicas o psicológicas, la simulación tiene como objetivo:

- a) La búsqueda de un aumento en la pena del agresor y/o
- b) el planteamiento de una acción civil resarcitoria, simulando o magnificando "secuelas" de tipo físico o psicológico.

**En el campo laboral y administrativo** los intentos de simulación obedecen a los siguientes fines:

- a) Para obtener un traslado de puesto u oficina, en aquellos casos en los que el funcionario no se encuentra a gusto, o ha tenido algún tipo de con-

flictiva con la jefatura o con sus compañeros;

- b) para obtener una incapacidad temporal, ya sea por simple vagancia o para atender asuntos de índole personal;
- c) para obtener una pensión por invalidez, lo que en muchos casos tiene como finalidad el dedicarse a actividades laborales propias o en la empresa privada;
- d) para obtener una compensación económica arguyendo secuelas de índole psicológica, a causa de un accidente laboral.

En esta área también se pueden disimular síntomas o trastornos emocionales para conservar un determinado puesto de trabajo o para obtener un determinado ascenso.

En el campo civil la simulación se utiliza principalmente para plantear un reclamo por daños y perjuicios, en casos de ofendidos en lesiones u otro tipo de agresión.

**En Derecho de Familia** la simulación o disimulación de síntomas psicológicos tiene como finalidad diversas motivaciones a saber:

- a) evadir el otorgar pensión alimenticia, argumentando incapacidad para llevar a cabo labores remuneradas por padecer de "trastornos emocionales" o de "limitaciones intelectuales";
- b) continuar recibiendo pensión alimenticia al cumplir el demandante mayoría de edad, por lo que se simula retardo mental o una variedad de síntomas indicadores de trastornos emocionales incapacitantes para estudiar o trabajar;
- c) ser declarado en estado de interdicción, por lo que se magnifica la psicopatología existente a sugerencia de familiares o de otras personas;
- d) responsabilizar a la otra parte, en casos de divorcio, por trastornos emocionales sufridos, lo que tiene como finalidad la obtención de determinadas ganancias;
- e) tratar de unir nuevamente a los padres, en casos de divorcio simulando o exagerando la presencia de trastornos emocionales;
- f) evitar la presencia y/o visitas de la contraparte, por lo que se sugiere al menor(es) que simule sufrir de trastornos emocionales provocados por ésta, en incidentes de guarda, crian-

za y educación y en fijación de régimen de visitas;

- g) permanecer al lado de uno de los padres, disimulando la presencia de trastornos emocionales o de conducta, en casos de *guarda, crianza y educación*.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

De acuerdo con lo ya expuesto, podemos observar que la simulación se aplica en las distintas áreas periciales en las que interviene el psicólogo clínico-forense, lo que hace necesario establecer de manera precisa cuándo ésta se presenta y realizar un diagnóstico diferencial con aquellas entidades nosológicas con las que se puede confundir. A continuación se procederá a definir y describir en forma breve aquellos trastornos que puedan semejarse al acto de la simulación, recordando que la característica esencial de ésta es la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos y/o psíquicos, falsos o exagerados, con la finalidad de alcanzar un objetivo identificable.

#### TRASTORNO FICTICIO (D.S.M.-III) O PRODUCCIÓN O FINGIR SÍNTOMAS DE DISCAPACIDADES FÍSICAS O PSICOLÓGICAS (I.C.D.-10).

Estos trastornos se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos que son producidos por el individuo y que se encuentran bajo su control voluntario.

No obstante el individuo es incapaz de controlar esta conducta particular, incluso cuando es conocedor de sus peligros, ya que tiene una cualidad compulsiva. Así pues, debe considerarse, "voluntaria" en el sentido de que es deliberada y finalista, pero no en el de que los actos puedan ser controlados. Por otra parte los individuos con trastornos ficticios tienen objetivos no reconocibles en función de circunstancias específicas, siendo el objetivo aparente el de asumir el papel de "paciente".

Al trastorno ficticio con síntomas psicológicos se le ha denominado también *Síndrome de Ganser* y su rasgo esencial es la producción voluntaria de síntomas psicológicos graves, muchas veces psicóticos, que sugieren enfermedad mental. Este trastorno comúnmente se reconoce por una atípica combinación de síntomas y por el hecho de que éstos

empeoran cuando el sujeto es consciente de que está siendo observado. Los síntomas psicológicos son por lo general una representación del concepto que el sujeto tiene de las enfermedades mentales, no coincidiendo con alguna de las categorías diagnósticas reconocidas.

Dicha alteración en apariencia es más frecuente en el sexo masculino y un trastorno grave de la personalidad es un factor de predisposición. Puede darse uno o más episodios breves, o puede ser crónico. Las complicaciones, principalmente las hospitalizaciones, son frecuentes. El diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales es sumamente difícil. La diferenciación entre simulación y trastornos ficticios depende del juicio del clínico y del hecho de que la producción de síntomas persiga una finalidad obviamente reconocible y comprensible en función de las circunstancias.

Existe también el trastorno ficticio con síntomas físicos, al que se le ha denominado *Síndrome de Munchausen* y cuyo rasgo esencial es la presentación plausible por parte del sujeto de síntomas físicos ficticios, hasta el grado que es capaz de obtener hospitalizaciones múltiples. Todos los síntomas orgánicos son blancos potenciales y están condicionados por los conocimientos médicos del individuo y por su capacidad de imaginación.

Es más frecuente dentro del sexo masculino y como factores predisponentes tenemos alteraciones físicas verdaderas durante la infancia o la adolescencia, con intenso tratamiento médico y trastornos de personalidad subyacentes. Esta alteración es altamente incapacitante.

#### TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN) (I.C.D.-10).

El denominador común de estos trastornos es una pérdida parcial o completa de la integración normal entre recuerdos del pasado, conciencia de identidad y sensaciones inmediatas, y control de los movimientos del cuerpo. Normalmente hay un grado considerable de control consciente sobre qué recuerdos y sensaciones pueden ser seleccionados para atención inmediata, y qué movimientos deben ejecutarse. Se presume que en los trastornos disociativos esta habilidad para ejercitar un control consciente y selectivo se disminuye a un grado que puede variar de día a día y aún de hora a hora.

Se presume que estos trastornos tienen un origen psicógeno, asociándose cercanamente en tiempo con eventos traumáticos, problemas insolubles e intolerables o relaciones perturbadas.

El término "conversión" es ampliamente aplicado a alguno de estos trastornos e implica que el afecto displacentero, generado por los problemas y conflictos que el paciente no puede resolver, es de alguna manera transformado en los síntomas.

Los pacientes con trastornos disociativos con frecuencia muestran una negación contundente de los problemas o dificultades que pueden ser obvios a los demás. El inicio y el término de estos estados frecuentemente se reporta como repentino. Estos tienden a remitirse después de unas semanas o meses, particularmente si se asoció con un evento traumático.

Dentro de estos trastornos tenemos a la *amnesia disociativa*, cuya principal característica es la pérdida de memoria, usualmente de eventos importantes recientes, sin que se deba a factores orgánicos y siendo muy grande como para atribuirla a fatiga u olvido ordinario. Es muy difícil de diferenciarla de una simulación consciente.

La *fuga disociativa* la cual tiene todas las características de la amnesia disociativa, más un viaje sin propósito aparente lejos del hogar o lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado a sí mismo. Al igual que en la amnesia disociativa, su diferenciación con simulación es sumamente difícil.

El *estupor disociativo* donde la conducta del paciente cumple con los criterios para el estupor, pero la evaluación e investigación no revelan evidencia de una causa física. Así mismo hay evidencia positiva de causalidad psicogénica en la forma de cualquier evento estresante reciente o problemas sociales e interpersonales prominentes.

Otros trastornos son: *trastornos de trance y posesión; trastornos disociativos de movimiento y sensación; convulsiones disociativas; anestesia disociativa y pérdida sensorial y trastornos mixtos disociativos y de conversión*.

#### NEUROSIS HIPOCONDRIACA (A.P.A.).

Designa a un grupo de síntomas psiconeuróticos a los que desde hace tiempo se les ha dado el nombre de hipocondría. Se caracteriza por una preocu-

pación e interés obsesivos del sujeto respecto a su estado de salud y a las condiciones de sus órganos. A menudo expresan multiplicidad de molestias que se relacionan con diferentes órganos o sistemas, los cuales según el paciente deben estar muy afectados y son de carácter incurable. Así mismo este tipo de paciente tiende a amplificar y a magnificar las sensaciones normales de cansancio y fatiga. El desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo y las consecuentes molestias somáticas es el resultado de este trastorno. Este tipo de neurosis puede volverse obsesiva en forma persistente y excesiva, e inclusive pueden darse complicaciones asociadas. La adecuada evaluación y el examen longitudinal del individuo facilita su diagnóstico y diferenciación con la simulación.

#### NEUROSIS DE COMPENSACIÓN O DE RENTA.

Frecuentemente, cuando a causa de un accidente laboral existe la posibilidad de indemnización por una invalidez real o supuesta, éste va seguido de una reacción psiconeurótica definida. La probabilidad de que se desarrolle una neurosis de compensación, es mayor después de una lesión relativamente leve, que en los casos en que la lesión es invalidante en un grado tal que sin lugar a dudas recibirá compensación.

En cuanto a factores motivadores o contribuyentes de este tipo de neurosis, está no sólo el deseo de obtener ventajas económicas y la convicción del enfermo de que tiene derecho a esperar una indemnización, sino también, cualquier ventaja incidental que resulte de una lesión, como el hecho de escaparse o evadirse a condiciones monótonas o tediosas de trabajo.

La sintomatología de este tipo de neurosis, no difiere esencialmente de las otras, excepto en lo que se refiere a la compensación. Frecuentemente, los síntomas incluyen angustia, depresión, irritabilidad, terquedad, crisis de gritos, insomnio, cefalalgia y mareo, siendo el enfermo prolijo al describirlos, pudiéndose quejar también de mala memoria e incapacidad para encontrarse.

El hecho de que finalice el proceso legal ejerce un efecto saludable sobre los síntomas, pues se elimina un factor que ha tendido a mantener la atención del enfermo enfocada en sí mismo.

#### METODOLOGÍA PSICOLÓGICA CLÍNICO-FORENSE.

Pericialmente hablando, la metodología a emplear para la detección y diagnóstico diferencial de la simulación comprende:

- a) La revisión del expediente judicial, de otros informes o dictámenes existentes y de cualquier otra fuente que pueda aportar datos de interés,
- b) La observación de las manifestaciones conductuales del sujeto sometido a estudio,
- c) El uso de la entrevista psicológica contemplando todos los apartados que la comprenden (historia longitudinal),
- d) La aplicación e interpretación de pruebas psicológicas en las áreas intelectual, perceptivo-motora y maduracional, de personalidad y de aptitudes específicas en aquellos casos o situaciones que así se requiera,
- e) El uso de otros recursos tales como los basados en la astucia que no pueden ser sistematizados, debiendo adaptarse en cada caso a la personalidad del simulador. Uno de estos recursos consiste en que el observador hable con una tercera persona en presencia del simulador y admita su locura como verdadera, pero resaltando en su conversación la ausencia de un síntoma totalmente absurdo. De esta manera, el simulador puede comenzar a "presentar" esa sintomatología absurda, con lo que se detecta su simulación.

En relación con el comportamiento del simulador con respecto a las pruebas psicológicas y a la entrevista en general se han hecho algunos estudios. Aquí mencionaremos en forma breve un estudio realizado por las licenciadas Ana G. Guzmán y Dina Krauskopf, en el Hospital Calderón Guardia, cuyo objetivo fue "efectuar una aproximación en la validación y sistematización de indicadores que contribuyan al diagnóstico diferencial de simulación de patología mental. (4) En dicho estudio, para la detección de indicadores psicodiagnósticos se analizaron:

1. La actitud frente al examen,
2. Los subtests de comprensión, semejanzas, dígitos, pertenecientes a la Escala de Inteligencia de Weschler,

3. La prueba Bender Gestalt Viso-Motora y
4. La prueba de Rorschach.

En los resultados obtenidos se encontraron ciertos indicadores por ejemplo en el Bender, que aparecieron con mayor frecuencia y un interesante patrón de rendimiento en las pruebas de Weschler y Rorschach.

En conclusión se determinó que los simuladores del grupo estudiado tenían frecuentemente una personalidad con elementos histéricos y que organizaban un cuadro de presentación de tipo depresivo.

#### CONCLUSIONES.

Tal como se puede desprender a través del presente artículo, la simulación data de tiempo muy antiguo, siendo su característica esencial la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos y/o psíquicos, falsos o exagerados, con la finalidad de alcanzar un objetivo identificable.

Se ha agrupado en diversas clasificaciones y en el campo psicológico clínico-forense se presenta de distintas formas, abarcando entre otras el área penal, el campo laboral y administrativo, el civil y el Derecho de Familia.

Por la complejidad de su valoración, se hace necesario establecer, con base en una metodología tradicional y especial, un diagnóstico diferencial con una serie de entidades gnosisológicas con las que puede confundirse, contribuyendo así con las distintas autoridades judiciales en la ardua y compleja tarea de administrar justicia.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. BISWANGER, cit., por PIGA SÁNCHEZ-MORATE, "Psicología y psiquiatría en el procedimiento penal", nota 2, cap. I, pág. 204.
2. FURSTNER, cit., por PIGA SÁNCHEZ-MORATE, *supra*, nota 2, cap. I, pág. 204.
3. INGENIEROS, cit., por PIGA SÁNCHEZ-MORATE, *supra*, nota 2, cap. I, pág. 204.
4. GUZMÁN Y KRAUSKOPF, cit., por BARRERA DEL VALLE, y otros, "Neurosis, simulación y síndrome de Ganser", págs. 40, 41 y 42.

#### BIBLIOGRAFÍA.

- BARRERA DEL VALLE, Mirta y otros, "Neurosis, simulación y síndrome de Ganser", Universidad de Costa Rica, 1987.
- DE ECHALECU Y CANINO, F., "Psicología criminal con nociones de psi-

quiatria criminal", editado por Talleres Penitenciarios de Alcalá de Henares, Madrid, 1974.

GONZÁLEZ PINTO, Jorge A., "La psicología forense (judicial-legal): Sus orígenes, configuración, funciones, métodos y finalidad", Universidad Complutense de Madrid, España, 1981.

guías diagnósticas", traducción libre, Sección Psiquiatría Forense, Costa Rica, 1990.

D.S.M.-III, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", American Psychiatric Association, Masson Editores, México, 1984.

I.C.D.-10, "Trastornos mentales y conductuales. Descripciones clínicas y

PIGA SÁNCHEZ-MORATE, B., "Psicología y psiquiatría en el procedimiento penal", Editorial Marbán, Madrid, 1953.

## LA PRUEBA DE LAS DIATOMEAS EN EL DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA POR SUMERSIÓN

DR. JOSÉ VICENTE PACHAR\*

REFERENCE: PACHAR, J.V., *The test of diatoms as diagnosis of asphyxia by drowning*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 2, pp. 43-45.

ABSTRACT: In drowning cases the main medico-legal problem is to differentiate between death by drowning and a corpse thrown into the liquid environmental. The diatoms test was introduced by Revenstorff in 1904. He discovered that plankton can penetrate into the circulation through the lungs.

Diatoms in organs far from lungs are accepted as an evidence of death by drowning. Its main applications is when a body is putrefied or fragmented, or reduced to a skeleton. Several procedures in handling the samples in the laboratory are mentioned.

KEYWORDS: Asphyxia by drowning, the diatoms test.

REFERENCIA: PACHAR, J.V., *La prueba de las diatomeas en el diagnóstico de asfixia por sumersión*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 2, pp. 43-45.

RESUMEN: En la asfixia por sumersión el principal problema médico-legal es hacer el diagnóstico diferencial entre muerte por sumersión y el lanzamiento de un cadáver al medio líquido. La prueba de las diatomeas fue introducida por Revenstorff, en 1904, quien descubrió que el plancton puede penetrar a la circulación a través de los pulmones.

Su presencia en órganos alejados del pulmón se ha considerado como una prueba de muerte por sumersión. Su mayor aplicación está en los casos de cadáveres en putrefacción o fragmentados, o en restos óseos. Se citan algunos métodos de procesamiento de las muestras de laboratorio.

PALABRAS CLAVES: Asfixia por sumersión, prueba de diatomeas.

### INTRODUCCIÓN.

El diagnóstico de sumersión constituye, algunas veces, uno de los mayores problemas médico-legales. Cuando hay testigos de los hechos o evidencias claras de lo sucedido, es fácil establecer el ahogamiento como la causa principal de la muerte. Sin embargo, cuando el cadáver ha permanecido en el agua por tiempo prolongado, se encuentra en avanzado estado de descomposición o inclusive en casos extremos se reduce solamente a algunos fragmentos óseos cubiertos por adipocira; la prueba de las diatomeas es el único método de cierto valor diagnóstico.

Varias son las interrogantes a ser aclaradas en estos casos por ejemplo si

es que la víctima estaba viva antes de caer al agua, cuáles fueron las circunstancias que precedieron el hecho, por qué la víctima fue incapaz de sobrevivir en el agua, etc.

Durante el proceso de elaboración del diagnóstico también deberá establecerse la identidad de la víctima, las circunstancias de la recuperación del cadáver, para luego proceder al examen post mortem y a las investigaciones de laboratorio.

La prueba de las diatomeas se basa en el hecho de que las partículas insolubles que están suspendidas en el agua son inhaladas por el ahogado, pasan por las vías respiratorias hacia los alveolos pulmonares y luego van al torrente san-

guíneo por medio del cual son transportadas a los diferentes órganos y tejidos del cuerpo. Por lo tanto es posible encontrarlas en dichos tejidos luego de un tratamiento adecuado y por medio del estudio microscópico.

### ALGUNAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE LAS DIATOMEAS.

Las diatomeas son algas unicelulares, eucariotas, de la clase *Bacillario phycøae*. Su tamaño varía de 5 a más de 500 µm; se distribuyen en todos aquellos lugares donde haya suficiente agua y luz para la fotosíntesis. Aproximadamente 50% viven en el agua dulce, el resto vive en esteros, pantanos o en el mar donde constituyen la mayor parte del plancton.

\* Instituto de Medicina Legal, ciudad de Panamá, Panamá. Dirección actual: The London Hospital Medical College, London E 1, 2 DP, England, U.K.