



HAL
open science

La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores

María Adelaida García Barco

► **To cite this version:**

María Adelaida García Barco. La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores. 2020. hal-02523954

HAL Id: hal-02523954

<https://hal.science/hal-02523954>

Preprint submitted on 29 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PAPER PREPRINT

La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores

Neuropsychological evaluation as a tool in the diagnosis of simulatory patients

María Adelaida García Barco
Especialización en Neuropsicología clínica
Universidad de Investigación y Desarrollo

A028
Bucaramanga
(2020)

Correo electrónico: porter@udi.edu.co

García, M. (2020). La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores. *Hal*

La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores

Neuropsychological evaluation as a tool in the diagnosis of simulatory patients

María Adelaida García Barco
Especialización en Neuropsicología clínica
Universidad de Investigación y Desarrollo

Resumen

El objetivo del presente artículo es determinar las herramientas de evaluación neurocognitiva aplicables para el diagnóstico de pacientes simuladores, mediante revisión teórica sobre la mejor forma de combinar los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica como herramienta de apoyo en los procesos de evaluación de pacientes simuladores, las pruebas específicas para la simulación y el uso de una prueba de personalidad que soporte un criterio de simulación bajo la actualización escalas de validez; se enfatiza en la acción de la neuropsicología y su campo de acción, el uso de baterías neuropsicológicas; y la importancia del trabajo multidisciplinar cuando se trata de calificar a un sujeto y en especial aquel que por su situación individual busca de forma deliberada obtener una ganancia secundaria. Se trae a mención la relación actual entre la clínica y el ámbito legal de tal forma que se pueda contribuir con aportes científicos y claramente delimitados en el campo Neuropsicología Forense (Doerr & Carlin, 1991; ciudad de Puerta Lopera, Betancur Arias & Herrera Pino, 2009).

Palabras clave: Evaluación Neuropsicológica, Simulación, Diagnóstico, Test específicos de simulación.

Abstract

The objective of this article is to determine the neurocognitive evaluation tools applicable to the diagnosis of simulator patients, through theoretical review on the best way to combine the results obtained in the neuropsychological evaluation as a support tool in the simulator patient evaluation processes, specific tests for simulation and the use of a personality test that supports a simulation criteria

under the update validity scales; the use of neuropsychological batteries is emphasized in the action of neuropsychology and its field of action; and the importance of multidisciplinary work when it comes to qualifying a subject and especially the one who by his individual situation deliberately seeks to obtain a secondary gain. The current relationship between the clinic and the legal field is mentioned in such a way that it can contribute with scientific contributions and clearly defined in the Forensic Neuropsychology field (Doerr & Carlin, 1991; from Puerta Lopera, Betancur Arias & Herrera Pino, 2009).

Keywords: Neuropsychological Evaluation, Simulation, Diagnosis, Specific simulation test.

Introducción

Realizar una revisión sobre la mejor forma de combinar los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica como herramienta de apoyo en los procesos de evaluación de paciente simuladores, las pruebas específicas para la simulación y el uso de una prueba de personalidad que soporte un criterio de simulación bajo la actualización escalas de validez; es una oportunidad para ver cómo se ha ampliado el campo de acción de la neuropsicología y la importancia del trabajo multidisciplinar cuando se trata de calificar a un sujeto y, en especial, aquel que por su situación individual busca de forma deliberada obtener una ganancia secundaria. La evaluación neuropsicológica entonces es un proceso a través del cual se puede llegar al establecimiento de un perfil, que en combinación con los test específicos para simulación, las escalas de valoración de síntomas y las pruebas de personalidad, brinda elementos de importancia para el análisis de aquellos casos clínicos que difieren de la clínica real de una patología; sin embargo, se ha encontrado una falta de fiabilidad

inherente al método del proceso de clasificación y es la primera razón para la consideración de “falsos positivos” en la clínica. De esta forma sería correcto decir, según lo afirma Martin et al., (2015) “Los individuos con patología de buena fe, producen puntuaciones positivas de forma inexacta, no porque tengan una patología genuina, sino porque la prueba tiene hasta cierto grado, una falta de fiabilidad inherente, la cual se refleja en las tazas de falsos positivos”, en (Richard Rogers & Bender, 2019). Para poder hacer una evaluación que tenga fiabilidad y validez, es necesario realizarla en un contexto estandarizado y considerar que el sujeto va a realizar el mayor esfuerzo por desarrollar el proceso; sin embargo, este hecho está enmarcado en la subjetividad y motivación del mismo paciente por lograr su objetivo y este factor pone en riesgo la objetividad en sí del proceso, ya que es algo que no se puede controlar; por lo tanto se hace necesario contar con pruebas técnicas que permitan sustentar la presencia de la simulación.

La simulación está contemplada en el DSM-V (APA-American Psychiatric Association, 2013) y es definida como la fabricación intencional o exageración grave de síntomas. La segunda mitad de la definición afirma que la exageración o la fabricación deben estar motivados por incentivos externos” (Richard Rogers & Bender, 2019).

La sospecha de Simulación por parte de la valoración neuropsicológica puede tomar principalmente dos formas: a) La exageración deliberada de síntomas de alteraciones neuropsicológicas que son difíciles de definir y medir con precisión, ó b) La producción de un bajo rendimiento en test neuropsicológicos o psicológicos. Es por ello que los problemas cognitivos que usualmente se exageran incluyen alteraciones de la memoria, problemas de concentración, o cambios de personalidad, incluso pueden fabricar o inventar ciertas alteraciones observables, tales como restricción de la movilidad o incluso una grave amnesia (Pankratz, 1988; Richard Rogers et al., 1994; Slick et al., 2004).

Desde hace aproximadamente 10 años en Colombia en la práctica clínica, las solicitudes por parte de médicos, abogados, jueces y empresas de riesgos laborales han aumentado notablemente, la demanda para realizar peritaje psicológico y valoración por neuropsicología de patologías, objetivación de las secuelas de los traumatismos craneoencefálicos, secuelas generadas por estrés laboral (Núñez et al., 2020), incapacidad medica por enfermedad mental recurrente y largos procesos de valoración para calificación de invalidez o incapacidad laboral,

constituyen espacios en los que contar con herramientas que en conjunto permitan recabar información de la forma más fiable posible, permitiendo al consenso una aproximación más real al diagnóstico probable. Es por esto que a continuación se recoge una serie de conceptualización sobre los elementos que constituyen el objeto de este trabajo, teniendo en cuenta que existen algunos instrumentos diseñados de manera específica para el diagnóstico de dichos síntomas, esta valoración unida al resultado de la evaluación neuropsicológica, la prueba de personalidad permite un panorama global con una mejor aproximación al diagnóstico.

Marco teórico

La simulación de síntomas clínicos cognitivos, emocionales y físicos se entiende como una entidad producida de forma no real con el objetivo de obtener una ganancia secundaria en los diferentes espacios en donde pueden ser utilizados; ya sea en el ámbito legal o en el ámbito ocupacional. La idea es que la simulación permita comprobar el comportamiento de una persona, de un objeto o de un sistema en ciertos contextos.

Según el DSM-IV (APA-American Psychiatric Association, 1995) la simulación se clasifica dentro del apartado “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”, y es definida como “la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas”. Incorpora además la posibilidad de que la simulación tenga lugar como una conducta adaptativa ante circunstancias adversas. Según el manual, conviene sospechar la existencia de simulación cuando se cumple alguno de los siguientes criterios:

- a) Se presenta en un contexto médico-legal (ej.: que la valoración médica se realice por petición de un fiscal).
- b) Existe discrepancia entre la alteración manifestada por la persona y los datos objetivos obtenidos a partir de la exploración clínica.
- c) El sujeto no colabora mientras se realiza la valoración diagnóstica y no cumple el régimen de tratamiento prescrito.
- d) El sujeto presente un trastorno antisocial de la personalidad.

Dada la importancia y necesidad de aclarar el síntoma, se han generado tipos diferentes de Simulación; se han diferenciado de manera clara a nivel de memoria y otras tipologías de trastornos físicos y psíquicos. La primera fue presentada por Antoine Porot en 1921, proponiendo la siguiente clasificación de simulaciones de síndromes mentales (Díaz Salazar, 2014):

Simulación mental total o verdadera; aquí la persona es absolutamente consciente a la hora de fingir un determinado trastorno y lo hace con la finalidad de alcanzar unos beneficios que previamente se ha propuesto. El autor entiende que este tipo de simuladores suelen ser identificados debido a que, en la mayoría de los casos, presentan síntomas absurdos o estructuras sindromáticas incoherentes. En la Sobresimulación los individuos exageran ciertas anomalías o trastornos psíquicos que verdaderamente padecen; la idea subyacente a esta definición está en la noción compartida por muchos autores de que bajo la simulación se esconde generalmente una personalidad anómala.

En cuanto a la Metasimulación, el simulador se vale de los conocimientos que tiene sobre la simulación, con la salvedad de que éstos tienen su origen en una enfermedad que ha padecido anteriormente. Además, se requiere que busque obtener determinados beneficios.

Posteriormente y basando su investigación en la personalidad y la actitud específica que el paciente asume ante la situación evaluadora, el autor Porot (1977), realizó una descripción mucho más completa de los síntomas referidos, de esta forma agregó a su análisis: (García-Cortés et al., 2017) Simuladores pasivos, simuladores activos y simuladores absurdos.

Desde la perspectiva de las implicaciones cognitivas para el sujeto de la simulación, Utitz (1950) diferenció entre “autosimulación”, y “disimulación”. Desde el marco jurídico, se han presentado otras clasificaciones; determinadas principalmente a sus fines, naturaleza, causas, síntomas o formas de expresión (Gisbert, 1991); por lo tanto y partiendo principalmente de la finalidad de la simulación, se establecen las siguientes categorizaciones: simulación defensiva, simulación ofensiva, simulación exonerativa, simulación lucrativa, simulación aduladora, simulación ambiciosa, simulación afectiva. Entre los trastornos más frecuentemente simulados se encuentran los cognitivos, los conductuales, los problemas sensoriales y las alteraciones de la personalidad; es por esta razón que es muy importante que dentro del

estudio psicológico se establezcan claras diferencias entre lo que sería entender los términos desde lo que es esperado para el síntoma y lo que el paciente simulador realiza.

Características y perfil del simulador:

El paciente es consciente de que su comportamiento es autoprotector y encubridor; es volutivo y egosintónico e intencional. (Jaffe, M.E. ; Sharma, 1998)Jaffe; Sharma (1998) ; Stuart ; Clayman (2001) han señalado las siguientes características propias del simulador:

- No dan información y no cooperan durante la evaluación.
- Se contradicen y muestran actitud evasiva.
- Exageran los síntomas.
- Llaman la atención sobre su enfermedad.
- No manifiestan alteraciones afectivas asociadas a la enfermedad simulada.
- Manifiestan quejas vagas, atípicas, inusuales e inexplicables que no se ajustan a entidades nosológicas concretas.
- Tienen dificultad para fingir síntomas fisiológicos.
- Se dan incoherencia entre los resultados que obtienen en las pruebas y la funcionalidad que presenta.
- Presentan incongruencias con el lenguaje verbal o no verbal. Muestran inconsistencia en los síntomas de la enfermedad que simulan.

Antes de realizar un diagnóstico de simulación a nivel de memoria, la mayoría de los autores llaman la atención sobre distintos aspectos que deben ser tenidos en cuenta: “El diagnóstico de simulación debería basarse siempre en los resultados de varias fuentes de información” (McGuire & Shores, 1998) lo que implica la integración multidisciplinar. “Antes de diagnosticar Simulación, hay que desechar otras posibles explicaciones a la existencia de las puntuaciones obtenidas en los test: daños cognitivos, efectos de la medicación, factores motivacionales, la existencia de algunas complicaciones médicas, la presencia de algún otro trastorno psiquiátrico previo concomitante, etc” (Iverson & Franzen, 1996).

Se han documentado Indicadores clínicos de sospecha de simulación: González Ordi & Iruarrizaga Diez (2005) han señalado aspectos que contribuyen a la sospecha de simulación:

Cuando existe una motivación: incentivos económicos, insatisfacción laboral, situación cercana

a la jubilación, historia previa de engaños. Cuando la sintomatología es atípica. Resistencia a la entrevista. Cuando la conducta fuera de la entrevista no es consecuente.

La caracterización del simulador incluye a su vez el análisis del tipo de respuesta que dicho sujeto utiliza en los diferentes ámbitos y bajo la directriz de la intención de su conducta.

Existen varios tipos de respuesta que completan el cuadro clínico:

- a) Respuesta irrelevante: se refiere al estilo de respuesta en la que el individuo no se involucra psicológicamente en el proceso de evaluación (Rogers, 1984). Las respuestas no se relacionan necesariamente con el contenido de la investigación clínica. Este desapego se puede reflejar en desinterés intencional o solo descuido. En ocasiones, surgen patrones, como la selección repetitiva de la misma opción o un patrón alterado de respuestas de la misma opción o patrón alternado de respuestas (Godinho et al., 2016)
- b) Respuesta Aleatoria: Este estilo es un subconjunto de respuestas irrelevantes, el cual tiene como base solo el factor azar. Un posible ejemplo podría ser la terminación del Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2) en menos de 5 minutos. En este caso el sujeto leyó unos cuantos de los 567 reactivos y completó el resto sin considerar el contenido.
- c) Respuesta condescendiente: Comúnmente conocido como el tipo de respuesta “Decir sí”, lo cual es pocas veces experimentado en su forma pura (es decir, estar de acuerdo de forma indiscriminada). Como una distinción importante la condescendencia puede separarse con claridad de la deseabilidad social (Gudjonsson & Young, 2011).
- d) Respuesta Intransigente: contraria a la respuesta anterior, este tipo de respuesta se trata de “Decir no”. Cuando se utiliza en escalas que se enfocan en la psicopatología como es el caso del MMPI-, la intransigencia esencialmente elimina las elevaciones en los indicadores de fingimiento (Burchett et al., 2016) y, presumiblemente también las escalas clínicas.
- e) Respuesta híbrida: describe el uso de más de un estilo de respuesta por parte del individuo en una situación particular (Rogers, 1984).

Ahora bien, la evaluación neuropsicológica consiste en la detección y cuantificación de la disfunción cognitiva, conductual y emocional causada por anomalías en la estructura o función cerebral de

un sujeto. Se basa en múltiples fuentes de datos: el reporte del propio paciente, la entrevista clínica, la observación del comportamiento del paciente durante el examen y los test neuropsicológicos. Estos últimos constituyen la principal herramienta cuantitativa y cualitativa de neuropsicólogos. La utilidad de la aplicación de una evaluación neuropsicológica es múltiple, su uso se convierte en una herramienta de probables diagnósticos y la delimitación de programas de rehabilitación, las principales razones para utilizarla serán: Determinación de las consecuencias de una lesión cerebral, detección y caracterización de una disfunción cerebral en ausencia de neuroimagen contributiva, contribución al diagnóstico diferencial del tipo de enfermedad neurológica, detección de cambios del funcionamiento cognitivo en el tiempo, determinación de las consecuencias de una disfunción cognitiva en la vida diaria, determinación de la localización de una lesión cerebral.

La estructura misma de la Evaluación Neuropsicológica como elemento predictor requiere de diferentes consideraciones al momento de seleccionar el o los instrumentos adecuados a utilizar, es por eso que existen Tipos de test neuropsicológicos, que son estas herramientas que permiten evaluar cuantitativa y cualitativamente las funciones cognitivas e intelectuales y el comportamiento de un sujeto y comparar su rendimiento en el test con el de un grupo de sujetos sanos (“normales”) de similar edad y nivel educacional. Es altamente deseable que los test utilizados tengan dos cualidades: validados y estandarizados. Para el desarrollo, ejecución, análisis y establecimiento de resultado es necesario siempre considerar las variables propias del proceso evaluador: Variables inherentes a los sujetos, variables demográficas, variables inherentes a los test.

Asociándola con la simulación de síntomas, la evaluación neuropsicológica tendría una gran relevancia, ya que unida con la historia clínica, la entrevista estructurada al paciente y a su familia y demás implicados en el caso a evaluar, es un medio de recolección de información desde una perspectiva objetiva. Lamentablemente no existe un único protocolo diseñado específicamente para estos casos, pero se cuenta con test estandarizados que permitirían establecer un perfil neuropsicológico esperado. La elección de los instrumentos de medida para la exploración depende de múltiples factores; el tipo y localización de la lesión (Ya sea una secuela por un TCE o algún factor externo que involucre el organismo), las características del paciente, la

descripción del cuadro clínico que realiza el simulador, el objetivo y tiempo de evaluación o las preferencias del evaluador. La evaluación debería ser única y particular para cada paciente. Aun así, existen algunos test que han demostrado su utilidad para la medición de distintas funciones cognitivas.

Los instrumentos elegidos dentro de un proceso de evaluación de simulación deben incluir: test de valoración de funciones cognitivas específicas, test de personalidad, escalas para otros síntomas específicos asociados al cuadro clínico y las pruebas diseñadas y estandarizadas para la evaluación de la simulación. Antes de dar paso a la estructura de la evaluación en sí; es necesario aclarar que este tipo de proceso cobra sentido ya que uno de los ámbitos más importantes en donde la evaluación de la simulación está siendo reconocida y mayormente utilizada es el Medico legal, por lo que es importante conocer el rol que tiene la neuropsicología en su quehacer.

La neuropsicología forense es una parte de la Ciencia en la que se utilizan los métodos de la evaluación neuropsicológica en el ámbito de los procesos criminales y legales; la neuropsicología forense ha experimentado un desarrollo creciente en Europa y Estados Unidos, llegando a constituirse en un elemento cada vez más valorado dentro del ámbito del sistema legal. El neuropsicólogo forense tiene la responsabilidad de proveer una comprensión amplia acerca del funcionamiento neuropsicológico del paciente, integrando los diferentes datos que recoge y elaborando un diagnóstico en relación con los déficits secundarios al daño o enfermedad en el sistema nervioso central del evaluado. El aporte del neuropsicólogo forense puede llegar a ser un elemento valioso en el proceso en el que participa al aportar, en su calidad de testigo experto, claves determinantes en el establecimiento de la verdad. La aplicabilidad del conocimiento de la neuropsicología al área jurídica profundiza en el estudio de la relación cerebro conducta que pueda explicar determinados comportamientos en personas que de algún modo poseen compromisos tanto cerebrales como legales (Meyers & Volbrecht, 2003). Si bien esta actividad es fundamental para clarificar legalmente algunas de las conductas en personas que han sufrido daño cerebral, en nuestro medio aún no se posee la relevancia y el reconocimiento necesario, teniendo en cuenta que el desarrollo del psicólogo jurídico es relativamente reciente en Colombia. En este punto es necesario diferenciar entre dos conceptos usados comúnmente como paralelos y sinónimos: Jurídica y Forense. La Psicología Jurídica es definida como aquel sector de la psicología orientado a aplicar el conocimiento científico y los métodos de la psicología en el sistema

jurídico penal y es tal vez uno de los campos de aplicación de más reciente aparición, difundida en algunos países de Europa (Inglaterra, España, entre otros), en América del Norte y un poco en América Latina, principalmente en la Argentina y muy incipientemente en Colombia (Vargas, N.M. & Beltrán, 1993). La labor del psicólogo jurídico se sintetiza en tres áreas básicas: evaluación, intervención y entrenamiento a los autores en el escenario legal. La Psicología Forense, por su parte, haría su participación en el proceso de evaluación y peritaje psicológico. Así mismo se entiende la Neuropsicología Forense, en la cual la formación en el área y las técnicas son fundamentales para hacer una interpretación adecuada de los resultados obtenidos mediante la valoración neuropsicológica (Denney & Wynkoop, 2000).

El ámbito legal, usualmente, las personas involucradas en el proceso de evaluación no participan de manera voluntaria (como es el caso de la psicología clínica, o de la neuropsicología clínica), y este aspecto lleva a que desafortunadamente los individuos no siempre permiten realizar una evaluación de manera honesta, por lo cual los neuropsicólogos deben desarrollar habilidades clínicas para detectar sujetos que simulan presentar problemas psiquiátricos o cognitivos, y apoyarse en la utilización de test o pruebas válidas y representativas, especialmente cuando tales sujetos se encuentran implicados en cortes judiciales (Neuropsicología Forense) (Larrabee, 2005).

Con la Ley 906 de 2004, mediante la cual se expide el Código de Procedimiento Penal, Colombia requerirá cada vez más la presencia de psicólogos que expliquen el funcionamiento psicológico de personas que solicitan pensiones laborales, incapacidades totales o permanentes, o que se encuentran demandadas por acoso sexual y/o daños personales, entre otros; de igual manera se necesitarán neuropsicólogos para determinar la incapacidad laboral, la incapacidad legal, establecer las consecuencias del daño cerebral, y la simulación de trastornos neurocognitivo, entre otros (Fernández, 2001). El campo de aplicación de la evaluación neuropsicológica forense se ubica en procesos penales, civiles y criminales.

Los Trastornos neuropsicológicos que se observan con más frecuencia en el ámbito forense abarcan desde trastornos primariamente cognitivos con una clara base neurológica hasta simulaciones, o trastornos fabricados intencional y conscientemente por el sujeto, pasando por trastornos psiquiátricos de etiopatogenia indeterminada o poco clara. Los

trastornos primariamente cognitivos son trastornos en que los déficits y síntomas neuropsicológicos se explican por una lesión o disfunción cerebral claramente establecida; entre ellos se puede mencionar los síndromes frontales asociados a lesiones fronto-subcorticales y los síndromes amnésicos asociados a lesiones temporales. Además de los trastornos cognitivos, se puede observar trastornos neuropsiquiátricos genuinos provocados por lesiones cerebrales, entre los cuales cabe mencionar las depresiones asociadas a lesiones cerebrales y el síndrome de Klüver-Bucy, que se observa con lesiones de ambos polos temporales y se caracteriza por un importante trastorno de la personalidad.

Test específicos de evaluación de la simulación en el ámbito legal:

El nivel de esfuerzo durante una evaluación neuropsicológica constituye un elemento central para una correcta interpretación de los rendimientos de un sujeto; una evaluación será el reflejo fiel del funcionamiento cognitivo de un sujeto, únicamente si el sujeto se esfuerza por rendir. Este punto es de gran relevancia cuando existe la posibilidad de la obtención de ganancias secundarias, como ya se mencionó; los pacientes involucrados en procedimientos legales, tanto si son la parte demandante o si son la parte acusada, que alega limitaciones cognitivas en defensa criminal pueden ser motivados a exagerar los déficits cognitivos y rendir de manera incompetente con el fin de mitigar las circunstancias de los actos criminales o aumentar la obtención de beneficio. El objetivo de los test para detectar simulación es objetivar esfuerzos pobres o un sesgo de respuesta negativa. La determinación de los test a utilizar debe cumplir con factores para uso: Discrepancia, el esfuerzo inadecuado que se manifiesta principalmente en la incapacidad supuesta en el funcionamiento superior.

Los test de detección de simulación actualmente utilizados, se basan en el paradigma de elecciones forzadas (“forced choice paradigm”) o técnica de validez de síntomas (“symptom validity technique”). En este tipo de test, el paciente es expuesto a una gran cantidad de ensayos que requieren elegir entre dos alternativas y que involucran el estímulo (auditivo, táctil, o tareas sencillas de memoria) que el paciente dice no poder percibir o recordar. Los sujetos que responden al azar deberían contestar correctamente el 50% de las veces, mientras que los sujetos que exageran sus síntomas deberían tener rendimientos inferiores al azar, es decir, menos de 50% de respuestas correctas. Antes de determinar un trastorno

instaurado como tal, es importante entonces realizar la intervención multidisciplinar que permita recolectar la mayor cantidad de información posible del caso para poder llegar a una conclusión.

Proceso de evaluación de Simulación:

A continuación, se hace una aproximación de lo que podría usarse como evaluación global de simulación incluyendo una Batería Neuropsicológica conformada por prueba específicas para cada una de las funciones superiores, el test de personalidad MMPI y los test específicos para la evaluación de la simulación, todo proceso de valoración debe iniciar con una entrevista estructurada la cual debe incluir una recopilación detallada del motivo de la evaluación, antecedentes personales, antecedentes médicos, valoración de posibles secuelas por accidentes las cuales deben venir calificadas por profesionales, análisis del comportamiento (si es posible también hacer una observación del paciente en sala de espera). Incluir reportes de exámenes complementarios, dictámenes legales como calificaciones de discapacidad y número de incapacidades.

Protocolo de evaluación neuropsicológica:

Como se mencionó anteriormente, se deben utilizar test neuropsicológicos estandarizados para evaluar cada una de las funciones superiores. Escalas de funcionalidad, test de información de familiares, Test de barceloa, Test de Boston. WCS, Escala de Sub escalas de wetherler, TMTA-b, Stroop Test, etc. Los baremos y análisis se determinan de acuerdo a lo esperado según la edad y el nivel educativo Del paciente y lógicamente de las secuelas posibles cuando los síntomas son producto de accidentes que generan incapacidades físicas Como falla visual, falla motora o auditiva y de lenguaje. El perfil neuropsicológico establecido debe ser relacionado con aquellos síntomas que se han presentado en el desempeño del paciente, el reporte dado de síntomas o queja del motivo de consulta inicial y demás estrategias de evaluación multidisciplinar, teniendo en cuenta también el posible CI, que puede ser valorado pruebas específicas como es el WAIS o incluso el Test de Matrices de Raven.

Instrumentos específicos para evaluar Simulación:

La simulación de síntomas es un problema al que se enfrentan en su práctica múltiples profesionales de distintos ámbitos. Su evaluación y detección es todo un desafío que requiere de instrumentos que faciliten dicha labor. Los instrumentos a continuación son

algunos de los más utilizados en proceso realizados en países como España y México; desde el año 2004 aproximadamente en Colombia este tipo de valoración empieza a jugar un rol más significativo.

-Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS): Richard Rogers (1986) desarrolla esta entrevista estructurada para detectar simulación; esta entrevista posee como principal ventaja la eliminación de la subjetividad propia de la observación clínica (Kropp & Rogers, 1993) y, como indica la literatura clínica (Rogers, 1988) y estudios de psicología social (Pollock, 1996; Tesser & Paulhus, 1983; Tetlock & Manstead, 1985), la influencia que la actitud del clínico podría tener sobre la presentación del sujeto, pues en este caso el evaluador no interviene con preguntas aclaratorias que a veces pueden reflejar actitudes como desconfianza o incredulidad hacia el testimonio del sujeto.

La Entrevista Estructurada de Síntomas Informados está desarrollada a partir de tres tipos de preguntas, que conforman un total de 172 ítems elaborados específicamente para medir simulación. Estos tres tipos de cuestiones son (Rogers, 1988):

- a) Preguntas detalladas: valoran síntomas específicos y su severidad.
- b) Preguntas repetidas: miden la consistencia de las respuestas.
- c) Preguntas generales: evalúan síntomas específicos, problemas psicológicos y patrones de síntomas

En un principio la entrevista constaba de 14 escalas, elaboradas para minimizar los falsos positivos (identificar como simuladores a auténticos enfermos). En la actualidad, se emplean 8 escalas principales, cuya fiabilidad ha sido comprobada por diferentes investigaciones, como se encuentra en (Lindblad, 1994; Rogers, R.; Bagby, R. M.; Dickens, 1992): a) Síntomas raros (RS): Se pregunta al sujeto acerca de síntomas reales que raramente se observan en pacientes psiquiátricos, eligiéndose en función del escaso número de veces que son informados por poblaciones clínicas. b) Síntomas improbables o absurdos (IA): Caracterizados por poseer una cualidad fantástica o ridícula, que los diferencia de aquellos que, aunque raros, podrían ser reales. c) Síntomas combinados (SC): Se plantean al sujeto síntomas psiquiátricos reales, pero que difícilmente aparecen de forma simultánea, aunque de forma separada sean síntomas corrientes. d) Síntomas patentes u obvios (BL): Esta escala se fundamenta en los hallazgos de estudios del MMPI que indican que

los simuladores tienden a manifestar un amplio número de síntomas que son señales obvias de enfermedad mental (Greene, 1980). Son aquellos síntomas que individuos legos pueden identificar como indicativos de trastornos mentales graves. e) Síntomas sutiles (SU): Esta estrategia se basa en aquellos síntomas que personas inexpertas pueden percibir como problemas cotidianos y no como indicativos de enfermedad mental. f) Selección de síntomas (SEL): Se trata de una medida global de los síntomas que, de entre un subconjunto de 32, el sujeto afirma padecer. Esta estrategia parte de observaciones clínicas que sugieren que algunos simuladores informan de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada. g) Gravedad de los síntomas (SEV): Parte de la observación de que numerosos simuladores afirman padecer síntomas caracterizados por una gravedad extrema o insoportable. Los sujetos deben señalar en una lista de 32 síntomas, cuáles sufren de forma “insoportable” o “demasiado dolorosa de aguantar”. h) Síntomas informados versus observados (RO): Generalmente se centran en síntomas lingüísticos y motrices que puedan ser evaluados directamente por el experto, planteando a los sujetos preguntas acerca de la conducta observable y comparando sus respuestas con la observación clínica.

-Test de SIMS: El Inventario estructurado de simulación de síntomas, SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology), es una medida de autoinforme que consta de 75 ítems de verdadero/falso que sirven como screening para la detección de patrones de simulación de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos. Estudios previos con esta prueba han mostrado altas tasas de detección de sujetos simuladores en contextos clínicos, medico-legales y forenses (Edens et al., 2007; Widows & Smith, 2005). En la adaptación española se está estudiando su fiabilidad y convergencia con otras pruebas reconocidas (MMPI-2, MCMI-III), con diseños de análogos y de simulación y con el diagnóstico de expertos, en esta adaptación se presentan parte de los resultados preliminares obtenidos con muestra no clínica. Se analiza la capacidad del SIMS para discriminar entre sujetos instruidos para simular síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos (n=113, 70% mujeres) y sujetos instruidos para dar una respuesta honesta (n=116, 75% mujeres). Se muestran los resultados obtenidos de fiabilidad, sensibilidad y especificidad. Los índices obtenidos han sido satisfactorios tanto en fiabilidad (coeficiente alfa del total igual a 0.96) como de sensibilidad y especificidad (>0.90). Estos resultados preliminares respaldan el uso de la adaptación española del SIMS como instrumento de screening para la detección de

la simulación.

La adaptación española del SIMS surge precisamente con esa intención, proporcionar a los profesionales una herramienta breve, fiable y válida para explorar patrones de falseamiento y exageración de síntomas psicopatológicos y neurocognitivo. Compuesto de 75 ítems de verdadero-falso, se caracteriza por su brevedad, su sencilla interpretación y su gran versatilidad, adaptándose a las diferentes necesidades que requieran los ámbitos clínicos, laborales, médico-legales y forenses. La Puntuación Total del SIMS permite establecer la sospecha de simulación. Posteriormente, el análisis de las elevaciones en las puntuaciones de las escalas que lo componen (Psicosis, Deterioro neurológico, Trastornos amnésicos, Baja inteligencia y Trastornos afectivos) permite observar qué sintomatología se presenta de forma atípica, o bien, de qué manera el individuo intenta simular un trastorno en particular. Para cada una de las cinco escalas, así como para la puntuación total, se proporcionan puntos de corte para considerar sospecha de simulación.

- **Protocolo de medida de la simulación de Arce y Fariña** (Arce & Fariña, 2005)

Este Protocolo de Medida establece una serie de criterios positivos y negativos que sirven de fundamento para el desarrollo del mismo y su aporte a la calificación de la simulación. Como criterios positivos se considera: la no evitación de respuestas y la deseabilidad social. Aquellos sujetos que sean evaluados por las escalas de control del MMPI en el sentido de que se abstienen significativamente de dar respuesta (Escala CS) y que tienden a dar respuestas de deseabilidad social, no siguen las estrategias típicas de simulación, lo que debe entenderse más como indicio de veracidad del protocolo que un intento de simulación. Es necesario recordar que este criterio se ha interpretado en términos forenses como un indicador fiable de simulación (Bagby et al., 1997; Lewis & Saarni, 1993; Richard Rogers, 1992). No obstante, esta relación no puede ser generalizada a otros contextos legales como la evaluación de daños.

En cuando a los criterios negativos, los resultados obtenidos por Arce y Fariña evidencian que existe una serie de criterios negativos, es decir, que anulan o mitigan la validez del protocolo. Éstos son: 1) los sistemas de medición, MMPI, entrevista u otros, no detectan, en protocolos válidos, enfermedad mental (en otras palabras, si los instrumentos de medida no detectan enfermedad incapacitante alguna no se puede sostener la misma); 2) las escalas de control de validez y sus combinaciones detectan simulación; 3)

la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y 4) ausencia de concordancia intermedidas. De acuerdo a los autores, el sistema de evaluación debería ceñirse a las siguientes categorías: “probablemente simulador”; “probablemente no simulador”. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza, y utilizar estos términos probabilísticos, debido al tipo de sistemas de evaluación, tal y como pudo verse en el presente estudio, están sujetos a error. No obstante, tal y como habíamos mencionado para los casos del Sistema de Evaluación Global y el Protocolo de medida de las secuelas psicológicas consecuencia de violencia de género y control de la simulación (Arce & Fariña, 2005), el TS exige la seguridad plena, no la alta probabilidad, pero como toda medida está sujeta a error, debemos reconocerlo, pero absteniéndonos de establecer el grado de certeza (p.e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902).

- **Cuestionarios de personalidad. MMPI y MMPI-2**

Entre los instrumentos de evaluación de la personalidad con mayor validez se encuentra el Minesota Multiphasic personality; este test en sus versiones referidas presenta índices de validez que han demostrado ser útiles en la detección de la simulación. Se constituye de esta forma en el cuestionario de personalidad más empleado por los psicólogos clínicos y los neuropsicólogos además de ser uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar aspectos de personalidad en pacientes con posible simulación, en evaluación forense de adultos y en pleitos por daños personales.

El MMPI-2 es, además, el instrumento de evaluación de la personalidad multiescalar de amplio espectro, mejor validado para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad. La adaptación española de la versión reestructurada del MMPI-2 o MMPI-2- RF incorpora nuevas escalas que son sensibles a la exageración de síntomas: F-r, Fp-r, Fs y FBS-r. El cuestionario de 90 síntomas (SCL- 90-R) es un instrumento de despistaje sintomático general para evaluar el funcionamiento psicológico y psicopatológico. Dispone de tres niveles diferentes de información, tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Nos encontramos ante un cuestionario de medida de la personalidad, consta de 566 ítems a los que sujeto tiene que responder “Verdadero” o “Falso”.

La evaluación de la personalidad se realiza mediante diez escalas clínicas, que miden Hipocondría,

Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social. Asimismo, cuenta con una enorme cantidad de escalas adicionales, que nos ofrecen información de diferentes características de la personalidad del sujeto (responsabilidad, control, dominancia, etc.), si bien la mayor parte de las mismas cuentan con su utilidad y validez (Roig-Fusté, 1993)

Tal como se ha descrito, el MMPI incorpora una serie de escalas de control o validez, que nos posibilitan conocer hasta qué punto la información proporcionada por el sujeto es válida y fiable, e informan de la actitud que el sujeto evaluado adopta, por lo que resultan de especial importancia para el propósito que se está tratando. Las principales escalas de validez son: a) La escala de interrogantes (?) recoge el número de ítems a los que el sujeto no contesta y aquellos en los que marca ambas opciones de respuesta. Un elevado número de omisiones (más de 30) invalida el cuestionario o, al menos, indica que debe ser considerado como altamente sospechoso (Richard Rogers, 1997; Roig-Fusté, 1993). b) La escala L, escala de Sinceridad o Mentira, indica, a medida que la puntuación aumenta, el grado de distorsión, generalmente con la intención de dar buena imagen. Está compuesta por 15 frases que hacen referencia a comportamientos socialmente aceptables, pero que pocas personas cumplen en todas las ocasiones. c) La escala F, escala de Validez o de Incoherencia, evalúa el grado en que el individuo se siente confuso o mal (Pope et al., 2000). Cuando la puntuación típica supera 70 se interpreta, entre otras posibilidades, como una probable simulación o un intento de dar mala imagen (Lachar, 1974; Rogers, 1997). d) El factor corrector (K), mide hasta qué punto el sujeto está a la defensiva o adopta una postura demasiado crítica, acentuando sus aspectos negativos. Se compone de ítems más sutiles que los de la escala L, permitiendo así detectar posturas defensivas incluso en individuos sofisticados en sus respuestas. Una puntuación baja en K (T menor a 40) se puede interpretar como un intento de simulación o de exageración de síntomas. Este factor se utiliza para corregir determinadas escalas clínicas (Rogers, 1997; Roig-Fusté, 1993).

A partir de las tres últimas escalas (L, F y K) se perfilan dos configuraciones específicas que han mostrado tener un significado relevante (Duckworth & Anderson, 1995): a) Perfil en V invertida: con L y K por debajo de 50 y F sobre 60; sugiere que el sujeto demanda ayuda. Si F está sobre 80 debe considerarse la posibilidad de exageración de síntomas. b) Perfil en V: con L y K significativamente sobre F; señala que,

posiblemente, la persona miente para dar buena imagen. c) El índice F-K fue desarrollado por Gough en 1950, para identificar perfiles de buena y mala imagen (Kane, 1999). Si este índice es inferior o igual a -8, podemos considerar que la persona no finge mientras que una puntuación superior a 25-30 indicará simulación o enfermedad fingida (Rogers et al., 1994).

El MMPI-2 añade nuevas escalas de validez, que favorecen la determinación del perfil: a) Escala Fb, contiene 40 ítems con una frecuencia de respuesta extremadamente baja. b) Escala VRIN, mide la consistencia de respuestas, por medio de pares de ítems cuyo significado es muy parecido o opuesto. c) Escala TRIN, diseñada para identificar a personas que tienden a responder sin atender al contenido de los ítems.

Aldea (1994) realizó una revisión de diferentes trabajos para detectar población simuladora (Beaber et al., 1985; Bernard, 1990; Binder, 1992; Gillis et al., 1991; Grignolo et al., 1988; Hawk & Cornell, 1989; Lees-Haley et al., 1991)) por medio de las escalas de validación del MMPI y MMPI-2, obteniendo que los resultados de los “simuladores” en estas pruebas se corresponden con el siguiente patrón: a) Puntuaciones extremadamente altas en la escala F. b) Valores altos en el índice F-K. c) Perfiles clínicos elevados en las escalas 2, 4, 6 y 8 (Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia, respectivamente). d) Descenso de la escala ES (escala de la Fuerza del Yo). e) Puntuaciones mayores de 100 en la subescala Obvio-Sutil (diferencia entre la suma de puntuaciones T de Obvio y las de Sutil).

En la actualidad, la eficacia del MMPI y el MMPI-2 en la evaluación de la simulación sigue siendo ampliamente reconocida por numerosos autores y contrastada por multitud de investigaciones que la incorporan como instrumento de evaluación de exageración o fabricación de síntomas (p.e Lyons & Wheeler, 1999; Pope et al., 2000; Rogers, 1997).

- **Inventario de Valoración de la Personalidad (PAI)**

El PAI fue creado por Morey en 1991, suponiendo un avance importante en la evaluación de psicopatologías mediante medidas objetivas de personalidad. A nivel psicométrico, presenta una serie de ventajas con relación a otras medidas de personalidad: a) Las respuestas a los ítems reflejan cuatro grados de aprobación (falso, ligeramente cierto, medianamente cierto y muy cierto). b) Su validez discriminante se ve incrementada al utilizar

escalas no solapadas.

Otras características positivas de esta prueba es su fácil comprensión lectora, la integración de subescalas para la interpretación clínica y la validez y, por último, su selección de síntomas y características asociadas, que representa un amplio y completo espectro de síndromes y trastornos. No obstante, los escasos estudios realizados sobre la detección de simulación mediante el uso de este instrumento logran un efecto potencial al PAI. Al respecto, cuenta con cuatro escalas que evalúan diferentes estilos de respuesta: inconsistentes (INC), infrecuentes (INF), impresiones negativas (NIM) e impresiones positivas (PIM). Las escalas INC, compuestas por 10 pares de ítems altamente correlacionados, y la INF, con 8 ítems sobre psicopatología no correlacionados, son sensibles a la consistencia de las respuestas. Por su lado, la escala PIM contiene 9 ítems que evalúan defensa, mientras que la escala NIM, construida a partir de 9 ítems altamente atípicos sobre psicosis, disforia y trastornos orgánicos, está diseñada para valorar simulación.

Morey (1991) ha puesto a prueba este instrumento en un estudio sobre simulación, encontrando que una puntuación mayor de 8 en la escala NIM, correcta clasificación del 88,6% de los simuladores y una clasificación incorrecta del 10,2%. A partir de este estudio, el autor planteó la necesidad de comprobar la efectividad de esta escala en la detección de simulación de trastornos específicos.

Rogers et al. (1993) confirmaron la efectividad de la escala NIM para la detección de esquizofrenia fingida. Sin embargo, resultó marginalmente efectiva en casos de simulación de depresión e ineficaz para detectar simulación de trastornos de ansiedad generalizada. Aunque los resultados obtenidos en esta investigación variaban en función del trastorno simulado, la preparación o entrenamiento no mostró ser relevante en el éxito de la simulación, si bien los sujetos sofisticados o entrenados alcanzaban mayores puntuaciones clínicas. Con posterioridad, el propio Rogers (Rogers et al., 1996) llevó a cabo un nuevo estudio para evaluar la eficacia del PAI a la hora de detectar trastornos mentales simulados, en el que introdujo la novedad de comparar el desempeño de los simuladores, ingenuos y entrenados, con los resultados de verdaderos pacientes con esquizofrenia, depresión y ansiedad generalizada. Aunque moderadamente efectiva con simuladores ingenuos, la escala resultaría sólo modestamente útil con simuladores expertos o entrenados. Ante este resultado, por medio de un análisis discriminante,

obtuvieron una tasa de éxito moderadamente alta para el PAI (mayor al 80%), independientemente del entrenamiento de los sujetos y del trastorno que simulasen. Además, observaron que los simuladores ingenuos adoptaban un estilo de respuesta global con elevaciones en la mayoría de las escalas clínicas, mientras que los sofisticados eran más consistentes con el trastorno que se le había designado, produciendo modelos de síntomas bastante creíbles. Sin embargo, ambos grupos encontraban dificultades para fabricar un patrón completo de síntomas, similar al manifestado por muestras clínicas. Así, de acuerdo con los resultados obtenidos en su estudio, los autores concluyeron que el empleo del PAI con fines diagnósticos no es recomendable, pero sí como instrumento de investigación.

- **Test de TOMM (Valoración de Memoria Visual).**

Este es un instrumento de simulación de problemas de memoria; Creado por Tom Tombaugh. Es una prueba de memoria de reconocimiento visual de 50 ítems que permite discriminar entre los sujetos con problemas de memoria reales y los simulados (Tombaugh, 1996). La habilidad para detectar el engaño o la exageración de los problemas de memoria es particularmente importante en la evaluación cognitiva, ya que su deterioro está asociado a una amplia variedad de daños con base orgánica.

La prueba, está basada en la investigación cognitiva y neuropsicológica, ha sido avalada por múltiples estudios de investigación que comparan los resultados de simuladores con los de pacientes genuinos con diferentes trastornos neurológicos y psicológicos, estableciendo la capacidad discriminativa de la prueba. El TOMM puede ser usado como parte de una batería psicológica extensa en numerosos ámbitos, entre los que se incluyen servicios de atención ambulatoria, hospitales y gabinetes de práctica privada. La aplicación es individual y su duración va desde 15 a 20 minutos. La corrección se realiza mediante un ejemplar autocorregible que permite una corrección ágil y fiable.

En nuestro ámbito colombiano con el fin de lograr baremos adaptados a nuestra población, se utilizó el TOMM (Tombaugh, 1996; Vilar-Lopez et al., 2011), con 1435 personas sanas de 6 ciudades de Colombia (edad media 59.19, promedio de años de educación 9,64 (DE 5,27). Los puntajes promedios de cada ensayo (Ensayo 1, 2 y retención) según las características demográficas y acorde a la metodología de análisis de datos los resultados se

encontró: Para el ensayo 1, en la regresión parcial se observa estimaciones positivas y en su mayoría estadísticamente significativas ($p < 50$), al igual que el modelo total, luego los datos normativos obtenidos para TOMM en ensayo uno a partir de a puntuación corregida mediante a escala de centiles y valores escalares “T”, refiere si el puntaje corregido sea mayor a 50, debe considerarse que esa en el mismo intervalos y por tanto, corresponde a la misma puntuación estandarizada. En el ensayo 2 a partir de puntuaciones corregidas si el puntaje es mayor a 50, debe considerarse que está en el mismo intervalo y, por lo tanto, corresponden a la misma puntuación estandarizada, de igual forma sucedió con el ensayo de retención por lo que se considera; esta investigación permitido determinar un puntaje mayor o igual a 41 entre del grupo evaluado. Tombaugh (1996) en su manual, sugirió que una puntuación por debajo de 45 en el ensayo 2 o en el ensayo de retención, es un indicador de posible simulador.

Metodología

Este artículo se desarrolló bajo los parámetros de la Revisión sistemática de Literatura, la cual busca a partir de resultados de investigación científica lograr una integración de saberes en un solo documento que permita el cumplimiento de los objetivos y el reconocimiento de todos los factores relacionados con la unidad de análisis. Se tomará información de fuentes tales como Libros, bases de datos indexados como Redalyc, Pubmed, Scielo, Psycodoc, entre otras.

Resultados

En la actualidad y bajo la fuerte influencia de una sociedad caracterizada por intereses egoístas y poco medidos; se han presentado múltiples situaciones en las que la ganancia secundaria (o compensación positiva), a procesos medico legales de proyección económica han causado un fenómeno conocido como la simulación de síntomas de índole multidisciplinar (cognitivos, físicos, comportamentales y médicos). “La apertura completa y precisa de sí mismo es una rareza, incluso en el contexto de apoyo que caracteriza más a una relación psicoterapéutica. Hasta los clientes más comprometidos pueden esconder y distorsionar de forma intencional datos importantes acerca de su personalidad” (Richard Rogers & Bender, 2019).

El engaño se presenta en el ámbito laboral, incluyendo el ocultamiento de trastornos mentales o sobredimensión de las secuelas. Según De Lorenzo (2013) citado por Richard Rogers & Bender (2019) al año, más del 17 al 20% de los empleados que

padecen algún trastorno mental deciden no dar a conocer su condición a causa del estigma público o de preocupaciones más específicas en torno a su posible menoscabo a sus carreras. Con el afán de controlar esta situación, que se refleja de forma importante para quienes forman parte de los procesos de calificación de estados secundarios a alteraciones de tipo laboral o incapacidad; se han desarrollado diversos métodos de evaluación que en su concatenación en las diferentes especialidades permiten orientar los casos de una forma más objetiva y real en pro de realizar una valoración acertada.

A partir de la sospecha clínica de la simulación y de conocer de forma clara la ventaja que traerá para el simulador el logro del objetivo de la misma, se debe considerar un caso probable a estudio, la sospecha llevará a la consideración dentro de la valoración y tal como lo señalan (Pankratz, 1988; Richard Rogers et al., 1994; Slick et al., 2004), la sospecha de Simulación por parte de la valoración neuropsicológica puede tomar dos formas primordialmente: a) La exageración deliberada de síntomas de alteraciones neuropsicológicas que son difíciles de definir y medir con precisión, o b) la producción de un bajo rendimiento en test neuropsicológicos o psicológicos. Es por ello que los problemas cognitivos que usualmente se exageran incluyen alteraciones de la memoria, problemas de concentración, o cambios de personalidad, incluso pueden fabricar o inventar ciertas alteraciones observables, tales como restricción de la movilidad o incluso una grave amnesia ; de tal forma que con este parámetro se construye un probable caso de intervención a través de la herramientas determinadas para recolección de información y objetivación de síntomas permita llegar a un perfil probable de simulación o exageración de síntomas.

La Neuropsicología empieza a tener cada vez más peso dentro del ámbito legal y forense. La actuación del perito neuropsicólogo en este campo abarca todas las jurisdicciones, con el objetivo de evaluar el déficit neuropsicológico de las personas con daño cerebral implicadas en causas judiciales. Tal como lo expresa Sicard León (2010) “El informe psicológico forense es un elemento fundamental para organizar, transmitir y concluir los aspectos e incidencias de la salud mental en espacio judiciales, civiles, castrenses entre otros y tiene el fin de explicar las implicaciones psicológicas de los individuos en los espacios del derecho”; En Colombia “estos informes se han insertado como una nueva realidad jurídica a partir

del 1 de enero de 2004 en el nuevo sistema penal". El uso de Pruebas estandarizadas garantiza la validez o fiabilidad de los procesos que se realicen; pero siempre el clínico debe tener en cuenta que el paciente llega con un objetivo muy claro de lograr algún tipo de compensación, es por esto que el contexto estandarizado y controlado favorece los resultados, no así el comportamiento del individuo.

El diagnóstico de simulación no puede alcanzarse únicamente teniendo en cuenta la puntuación del sujeto en un test, sino que requiere de una evaluación más pormenorizada, que incluya test específicos de simulación, pruebas generales de memoria, observación clínica, historial médico, etc. Esto permitirá un conocimiento más exhaustivo del sujeto en particular y, por tanto, una mayor fiabilidad en el diagnóstico. Aun sabiendo que en la práctica esto es difícil de llevar a cabo en su totalidad, se considera que, al menos, se debería tratar de recoger toda la información posible antes de realizar un diagnóstico de estas características.

Las publicaciones revisadas proporcionan un apoyo variable para el uso de la Evaluación Neuropsicológica y los test específicos de simulación de síntomas en el marco médico legal; el objetivo de detectar el fingimiento cognitivo, mental y secuelas, se enfoca mayormente en el establecimiento de un perfil a través del cual quede en evidencia, que, el paciente que no finge no se prepara para los procesos de evaluación; es importante siempre tener en cuenta que el proceso interdisciplinar debe considerar la posibilidad neurológica de falsos positivos excesivos en los indicadores de fingimiento y por lo tanto la labor del equipo será recabar múltiples pruebas técnicas y medicas multivariadas que permitan una conclusión más aproximada de los índices analíticos de los diferentes patrones. Las pruebas referidas en el presente trabajo son las más frecuentemente usadas en el ámbito clínico para completar el proceso de valoración de un simulador. Incluso al momento actual por ejemplo con el Test TOMM contamos con baremos establecidos a nuestra realidad Colombiana, hecho de gran aporte a este ámbito laboral. Tanto la prueba neuropsicológica en sí y su objetivo como los demás test específicos, cuentan con su validaciones e investigaciones. El consenso acerca a la objetividad, pero falta más investigación.

Ninguna prueba aislada es determinante para el desarrollo de la simulación, es la exploración e investigación clínica detallada, la búsqueda de inconsistencias del paciente y las diferentes pruebas aplicadas y pruebas físicas y la observación de su conducta en distintos ámbitos, que aportará la

convergencia de los datos, necesaria para diagnosticar la simulación.

Conclusión

Al determinar un protocolo de evaluación de la simulación, se presenta un modelo multidisciplinar y de evaluación de una posible simulación de síntomas que acerca de manera menos subjetiva la determinación de un perfil y a la disminución de las discrepancias en los resultados de las pruebas que exploran los procesos y habilidades.

- La evaluación neuropsicológica se constituye en una herramienta que aporta información objetiva sobre el funcionamiento cognitivo de las personas teniendo en cuenta su edad, nivel educativo y antecedentes; por ejemplo, el perfil cognitivo describe un mejor desempeño en recuerdo libre que en reconocimiento, este factor es inusual en la amnesia genuina.
- El uso de una prueba de personalidad y su relación con los resultados de las pruebas específicas y la evaluación neuropsicológica permite determinar rasgos clínicos que se hacen más marcados cuando el individuo está realizando una posible simulación.
- La interpretación de los resultados de la evaluación de una posible simulación se debe realizar de manera individualizada y en el contexto de la mayor cantidad de datos clínicos posibles.
- Las pruebas específicas diseñadas para evaluar la simulación deben analizarse en conjunto con los resultados de la evaluación neuropsicológica.
- La falla memoria se constituye en una de las principales quejas de los pacientes que posiblemente están realizando una simulación, por esto existen pruebas específicas para su evaluación objetiva y perfiles que considera la presencia o no de simulación.
- Los criterios diagnósticos que existen para la simulación deben ser validados, la investigación debe incluir diseños de grupo y comorbilidad múltiple, se deben estandarizar y crear baremos adaptados a la población específica.
- Se debe tratar de determinar de forma evidente la motivación del sujeto hacia la ganancia secundaria.

Recomendaciones

- Fomentar desde la investigación la generación de baremos adaptados a nuestra realidad nacional en las diferentes pruebas utilizadas en el contexto de la neuropsicología y la evaluación de la simulación.
- Continuar con la elaboración de perfiles específicos que permitan validar el proceso de evaluación de la simulación; actualmente se siguen los perfiles clínicos que se han validado en diferentes patologías, pero definir los específicos para simulación darán un acercamiento más real.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al docente Carolina Beltrán Dulcey, por su valiosa orientación en el desarrollo de la presente investigación.

Referencias

- Aldea, M. (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 411–436.
- APA-American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- APA-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition*.
- Arce, R., & Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles Del Psicologo*, 26, 59–77.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. A., Cameron, S. L., Rector, N. A., Schuller, D. R., & Seeman, V., M. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 650–664.
- Beaber, R. J., Marston, A., Michelli, J., & Mills, M. J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenia individuals. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1478–1481.
- Bernard, L. C. (1990). Prospects for faking believable memory deficits on neuropsychological tests and the use of incentives in simulation research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 715–728.
- Binder, L. M. (1992). Forced-choice testing provides evidence of malingering. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 377–380.
- De Lorenzo, M. S. (2013). Employee Mental Illness: Managing the Hidden Epidemic. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 25(4), 219–238. <https://doi.org/10.1007/s10672-013-9226-x>
- Denney, R. L., & Wynkoop, T. F. (2000). Clinical Neuropsychology in the Criminal Forensic Setting. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(2), 804–828. <https://doi.org/10.1097/00001199-200004000-00005>
- Díaz Salazar, C. E. (2014). La simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 60(235), 379–391. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2014000200010>
- Doerr, H.O. & Carlin, A. S. (1991). *Forensic neuropsychology: legal and scientific bases*. The Guilford Press.
- Duckworth, J. C., & Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counselors and c/inicians*.
- Edens, J., Poythress, N., & Watkins-Clay, M. (2007). Detection of malingering in psychiatry unit and general population prison inmates: a comparison of the PAI, SIMS and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33–42.
- Fernández, S. (2001). La neuropsicológica forense: Consideraciones básicas y campos de aplicación. *Revista de Neurología*, 32, 783–787.
- García-Cortés, A., Pérez-Fernández, F., Corbí-Gran, B., & Martín-Moreno-Blasco, C. (2017). Estudio de caso: ¿simulación o trastorno de personalidad múltiple? *Clinica y Salud*, 28(1), 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.07.001>
- Gillis, J. R., Rogers, R., & Bagby, M. (1991). Validity of the M Test: simulation-design and natural-group approaches. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 130–140.
- Gisbert, J. (1991). *Medicina legal y toxicología* (4th ed.). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Glassmire, D. M., Tarescavage, A. M., Burchett, D., Martinez, J., & Gomez, A. (2016). Clinical utility of the MMPI-2-RF SUI items and scale in a forensic inpatient setting: Association with

- interview self-report and future suicidal behaviors. *Psychological Assessment*, 28(11), 1502–1509.
<https://doi.org/10.1037/pas0000220>
- Godinho, A., Kushnir, V., & Cunningham, J. . (2016). Unfaithful findings: Identifying careless responding in addictions research. *Addiction*, 111(6), 955–956.
- González Ordi, H., & Iruarrizaga Diez, I. (2005). Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles Del Psicologo*, 26(92), 129–137.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Grune y Stratton.
- Grignolo, F. M., Moscone, F., & Boles-Carenini, A. (1988). Assessment of malingering visual acuity by Lotmar’s visometer test. *Annual of Ophthalmology*, 20(9), 335–339.
- Gudjonsson, G. H., & Young, S. (2011). Personality and deception. Are suggestibility, compliance and acquiescence related to socially desirable responding? *Personality and Individual Differences*, 50(2), 192–195.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.024>
- Hawk, G. L., & Cornell, D. G. (1989). MMPI profiles of malingerers diagnosed in pretrial forensic evaluations. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 673–678.
- Iverson, G. L., & Franzen, M. D. (1996). Using Multiple Objective Memory Procedures to Detect Simulated Malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18(1), 38–51.
<https://doi.org/10.1080/01688639608408260>
- Jaffe, M.E.; Sharma, K. (1998). Malingering Uncommon Psychiatric Symtoms Among Defendants Charged Under California’s “Three Strikes and You’re Out” Law. *Journal of Forensic Sciences*, 43(3), 549–555.
- Kane, A. (1999). *Essentials of forensic psychological assessment*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kropp, P. R. & Rogers, R. (1993). Understanding Malingering: Motivation, Method, and Detection. In *Lying and deception in everyday life*. Guilford Press.
- Lachar, D. (1974). Prediction of early US Air Force freshman cadet adaptation with the MMPI. *Journal of Counseling Psychology*, 21(5), 404–408.
- Larrabee, G. J. (2005). Assessment of Malingering. In *Forensic neuropsychology: A scientific approach*. (pp. 115–158). Oxford University Press.
- Lees-Haley, P. R., English, L. T., & Glenn, W. J. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal-injury claimants. *Psychological Reports*, 68, 203–210.
- Lewis, M., & Saarni, C. (1993). Lying and deception in everyday life. In *Lying and deception in everyday life*. Guilford Press.
- Lindblad, A. D. (1994). *Detection of malingered mental illness within a forensic population: An analogue study*. Oissertation Abstracts International.
- Lyons, J. A., & Wheeler, C. T. (1999). MMPI, MMPI-2 and PTSD: Overview of scores, scales and profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 175–183.
- Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists validity testing beliefs and practices: A survey of north American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 741–776.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1087597>
- McGuire, B., & Shores, A. (1998). Cumulated Index Medicus. *National Library of Medicine*, 39(14).
- Meyers, J.E. & Volbrecht, M. E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology.*, 18(3), 261–276.
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Núñez, B., Silva, D. F., & García, S. E. (2020). Los caminos desviados de la educación: Alternativas pedagógicas como crítica a la educación formal. *I+D Revista de Investigaciones*, 15(1), 18–27.
<https://doi.org/10.33304/revinv.v15n1-2020002>
- Pankratz, L. (1988). Malingering on intellectual and neuropsychological measures. In R. Rogers (Ed.). In *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169–192).
- Pollock, P. H. (1996). A cautionary note on the determination of malingering in offenders. *Psychology Crime and Law*, 3(2), 97–110.
- Pope, K. S., Butcher, J. N., & Seelen, J. (2000). *The MMPI, MMPI-2, and MMPI-A in court. A practical guide for expert witnesses and attorneys*.
- Porot, A. (1962). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Labor Barcelona.

- Puerta Lopera, I. C., & Betancur Arias, Juan Diego; Herrera Pino, J. A. (2009). La simulación de disfunción neurocognitiva en el campo de la neuropsicología forense: aproximaciones teóricas. *Psicología Desde El Caribe. Revista Del Programa de Psicología de La Universidad Del Norte*, 23.
- Rogers, R.; Bagby, R. M.; Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. ; Sewell, K. W. ; & Salekin, R. T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 227–237.
- Rogers, R., Hinds, J. D., & Sewell, K. W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 244–257.
- Rogers, R., Ornduff, S. R., & Sewell, K. W. (1993). Feigning specific disorders: A study of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 60(3), 554–560.
- Rogers, Richard. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences & the Law*, 2(1), 93–111. <https://doi.org/10.1002/bsl.2370020109>
- Rogers, Richard. (1986). *Conducting insanity evaluations*. Van Nostrand Reinhold.
- Rogers, Richard. (1988). Structured interviews and dissimulation. In *Clinical assessment of malingering and deception* (1st ed., pp. 250–268).
- Rogers, Richard. (1992). *Structured interview of reported symptoms*. Psychological Assessment Resources.
- Rogers, Richard. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford Press.
- Rogers, Richard, & Bender, S. (2019). *Evaluación clínica de la simulación y el engaño*.
- Rogers, Richard, Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18(5), 543–552. <https://doi.org/10.1007/BF01499173>
- Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*.
- Sicard León, R. (2010). CAPITULO II MANUAL MODERNO, PSICOLOGÍA JURÍDICA EN IBEROAMERICA. In *LA PRUEBA PERICIAL PSICOLOGICA* EN
- COLOMBIA: FUNDAMENTO DE LA EFICIENCIA JUDICIAL. (1st ed.).
- Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H., & Hultsch, D. F. (2004). Archives of Clinical Neuropsychology. *Clinical Neuropsychology*, 19, 465–473.
- Stuart, J.; Clayman, P. D. (2001). Physical Symptoms, Pain and Faking in Traumatic Injury and Disability Claims. *Forensic Psychology and Psychiatry*.
- Tesser, A., & Paulhus, D. (1983). The definition of self: Private and public self-evaluation management strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 672–682.
- Tetlock, P. E., & Manstead, A. S. (1985). Impression management versus intrapsychic explanations in social psychology: A useful dichotomy? *Psychological Review*, 92(1), 59–77.
- Tombaugh, T. (1996). *Test of Memory Malingering*.
- Utitz, E. (1950). *Characterología*. Ministerio de Educación, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Filosofía, Sección de Psicología, Monografías Psicológicas.
- Vargas, N.M. & Beltrán, J. E. (1993). *Psicología jurídica y criminológica. Psicología en Colombia*. (pp. 421–438). Tercer mundo.
- Vilar-Lopez, R., Perez-Garcia, M., Sanchez-Barrera, M. B., Rodriguez-Fernandez, A., & Gomez-Rio, M. (2011). Symptom Validity Testing and Its Underlying Psychophysiological Response Pattern: A Preliminary Study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(2), 133–143. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq099>
- Widows, M. R., & Smith, G. . (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.