

# LA SIMULACIÓN DE ENFERMEDAD FÍSICA O TRASTORNO MENTAL

## MALINGERING OF ORGANIC ILLNESS OR MENTAL DISORDER

Mercedes Inda Caro\*, Serafín Lemos Giráldez\*, Ana María López Rodrigo\*  
y José Luis Alonso Rionda\*\*

\* Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. \*\* Servicios de Salud Mental de Asturias

Se analiza la naturaleza y la frecuencia de la simulación de síntomas clínicos, y se describen algunos instrumentos de medida generales, que han sido utilizados para determinar la validez de los síntomas, así como pruebas específicas para tomar decisiones respecto a la existencia de simulación en el ámbito clínico. En particular, se presentan algunos criterios de utilidad para evaluar la existencia de simulación de un trastorno de estrés post-traumático, de un síndrome orgánico cerebral, de amnesia y de un trastorno psicótico.

The purpose of this article is to analyze the nature and incidence of malingering, to describe several general measures used to determine symptom validity, as well as some instruments specifically created to assess deception or malingering in clinical settings. Particularly, some useful criteria in detecting the faking of post-traumatic stress disorder, organic brain syndromes, amnesia, and psychotic disorders, are discussed.

**E**l término "simulación", en su vertiente psicológica, está lleno de matices por cuanto alude a actitudes de encubrimiento (en el inglés británico, descritas como *dissimulation* o *deception*), de fingimiento o engaño (en el inglés americano, *faking*), o bien de invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico (en inglés, *malingering*), o de una incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de esta, y de la que se deriva alguna ventaja personal. Esta es la acepción utilizada en el DSM-IV cuando la define 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. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra" (American Psychiatric Association, 1995, p. 698).

Este concepto es matizado por Resnick (1997) cuando diferencia entre simulación pura (*pure malingering*) o fingimiento de un trastorno no existente; simulación parcial (*partial malingering*) o la exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado; y falsa imputación (*false imputation*), la atribución errónea de síntomas reales a una determinada causa, debido a

un engaño inconsciente o a una mala interpretación de la situación.

Gorman (1982) diferenció también entre el acto y el estado de simular, por cuanto un acto implica voluntad, actitud asertiva de deseo y de propósito; mientras que el estado, desde un punto de vista legal, sería inherente a la persona, debido a su condición social o a posibles limitaciones.

Por otro lado, se plantea la cuestión de si la simulación puede ser, en sí misma, reflejo de algún trastorno mental. Ello puede resultar bastante claro en el llamado trastorno "facticio" o ficticio (American Psychiatric Association, 1994), en donde la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo; en el trastorno histriónico de la personalidad, por la falta de control sobre su conducta manipuladora; pero también pudiera ser un comportamiento neurótico la exageración consciente de molestias físicas o mentales para conseguir un objetivo económico, laboral, profesional, etc., ya que ninguna persona en sus cabales suele llegar a esos extremos, ni escogería rutas tan tortuosas y dolorosas, para obtener posibles ganancias. Sin embargo, desde el Derecho, no se hacen estas matizaciones y se considera que ciertos comportamientos tienen una intención clara por parte de la persona que los lleva a cabo (Gorman, 1982).

La incidencia de la simulación después de un accidente no es muy conocida, estimándose entre el 1 y el 50% de los casos (Henderson, 1986; Miller y Catledge, 1972), dependiendo de si la fuente de información es el abogado del demandante o las compañías de seguros. Un factor in-

Correspondencia: Mercedes Inda Caro. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España. E-mail: indamaria@uniovi.es

fluyente son las condiciones económicas y laborales, ya que se ha observado que aumenta cuando se esperan despidos inminentes en una empresa y disminuye cuando las personas mejoran su situación financiera o laboral. La disparidad respecto a la incidencia de la simulación puede deberse a la dificultad existente a la hora de diferenciar entre quienes inventan completamente los síntomas y las personas que exageran molestias ya existentes; en cuyo caso, podría hablarse más bien de "pacientes".

Por otra parte, la identificación de simuladores y la investigación sobre estos comportamientos han sido tradicionalmente muy complicadas. Así, por ej., en el ámbito de la reclamación de indemnizaciones por secuelas derivadas de algún accidente, al igual que en procesos judiciales en donde se reclaman derechos o la exención o atenuación de responsabilidades, se comprueba que las personas que tienen acceso a información relacionada con las alteraciones cerebrales y las pruebas neuropsicológicas pueden alterar con mayor probabilidad sus resultados (Coleman, Rapport, Millis, Ricker y Farchione, 1998; Youngjohn, Lees-Hayley y Binder, 1999). Los estudios de simulación han mostrado que el entrenamiento (como es proporcionar información de los déficit más comunes asociados con una lesión cerebral o llamar la atención sobre la presencia de medidas en la detección de posible simulación) es otro de los factores que puede afectar a la validez de los índices de simulación. Los estudios que se realizan con estudiantes universitarios, entrenados en simular una enfermedad orgánico-cerebral, muestran que sus ejecuciones se parecen más a las de los pacientes reales que la que realizan simuladores novatos o sin experiencia en el campo de la evaluación neuropsicológica. Sin embargo, su ejecución es exageradamente peor que la que realizan personas con verdaderas lesiones cerebrales.

Una de las muchas limitaciones observadas en este tipo de investigaciones es la excesiva utilización de muestras de estudiantes universitarios, a quienes se les invita a simular un daño cerebral (Strauss et al., 2002; Vickery, Berry, Inman, Harris y Orey, 2001), por cuanto no son comparables con los verdaderos simuladores, ya que estos buscan un beneficio económico por su "lesión", suelen tener un amplio conocimiento del problema por haber estado expuestos a múltiples evaluaciones por diferentes expertos, frecuentemente repetidas en intervalos de entre una y dos semana, han observado a otros pacientes como ellos, pasando por un entrenamiento inadvertido e inconsciente, y suelen tener más tiempo para preparar su futura evaluación. Obviamente, los verdaderos simuladores no reconocen dicha condición y, en consecuencia, difícilmen-

te son incluidos en estudios de investigación. Pese a estas dificultades, en los estudios con análogos es posible abordar la simulación a través de las inconsistencias en las ejecuciones repetidas de una prueba. De hecho, es bastante difícil mantener la misma ejecución cuando se emplean baterías de gran amplitud, por lo que este método permite obtener un índice válido para detectar una posible simulación (Cullun, Heaton y Grant, 1991). Cuando se comparan pacientes implicados en litigios por sus lesiones con pacientes con las mismas lesiones pero sin demandas judiciales, se ha encontrado que en el primer grupo hay menor consistencia entre sus evaluaciones que en el segundo grupo, siendo los resultados de las últimas evaluaciones peores que los de las primeras evaluaciones (Reitan y Wofson, 1996, 1997).

## TRASTORNOS QUE SUELEN SER OBJETO DE SIMULACIÓN

### *Trastorno de estrés post-traumático (TEPT)*

Para establecer el TEPT es necesario hacer una descripción meticulosa de los síntomas, los tratamientos previamente aplicados, y una cuidadosa corroboración sobre la veracidad de la información. En la fase de obtención de información, el clínico debe ser muy cuidadoso de no proporcionar información alguna a la persona sobre cuales son los síntomas claves de este trastorno. Además, si el clínico comienza la evaluación cuestionando las respuestas del paciente, la naturaleza agresiva de la evaluación podría afectar al estilo de respuesta y a la posibilidad que la persona intentase justificar su daño con la presencia de síntomas extremos. Uno de los inconvenientes que tiene el diagnóstico clínico es que se basa en el auto-informe del paciente sobre los síntomas subjetivos; por lo que la actividad que tenía la persona supuestamente afectada una semana antes a la ocurrencia del estresor deberá ser comparada con la actividad que mantiene en el momento de la evaluación, y examinar si existe una razonable relación entre los síntomas y el estresor, el tiempo transcurrido entre el estresor y los síntomas desarrollados, y la relación entre algún trastorno previo y los síntomas actuales. El psicólogo debe insistir en que el sujeto proporcione una descripción detallada de los síntomas del trastorno. Los simuladores puede que tengan un amplio conocimiento acerca de cuales son los síntomas característicos que configuran el TEPT, pero normalmente fallan en adecuar esos síntomas a su vida cotidiana dando una descripción poco detallada. Los síntomas inventados suelen ser vagos o bastantes artificiosos y forzados (Pitman, Sparr, Saunders y McFarlane, 1996). Otra indicación que habrá que seguir

para considerar una posible simulación es si la persona minimiza otras posibles causas de sus síntomas y exagera como causa de sus síntomas el accidente o situación por la que solicita una compensación.

Resnick (1997) sugiere que terceras personas no deberían estar presentes durante la evaluación, por dos razones: la primera, porque la presencia de parientes o amigos cercanos pueden ser empleados como fuentes "independientes" para corroborar la veracidad de los síntomas; y la segunda porque es más fácil para el clínico hacer frente a un posible simulador cuando se enfrenta a él solo. Otro aspecto que señala este autor es la conveniencia de que el clínico adopte una postura amable y cordial a la hora de comunicar al sujeto que se sospecha que puede estar exagerando los síntomas, y no hacerlo con una actitud que exprese agresividad o humillación, empleando, p. ej., testigos; ya que de este modo puede negarse a admitirlo y mostrar enfado. Resnick establece algunos criterios a seguir por el clínico que sospecha de la existencia de un TEPT simulado (Tabla 1), y un modelo de decisión clínica para determinar la existencia de simulación de este trastorno (Tabla 2).

### **Síndrome de daño cerebral post-traumático**

Este trastorno es bastante frecuente en la sociedad actual, en gran medida como consecuencia de accidentes laborales y de tráfico. Se suele manifestar con dolores de cabeza, mareo, estados de ansiedad, inestabilidad emocional, visión borrosa, déficit de concentración y problemas de memoria. De todos los síntomas, los más fáciles de simular son los emocionales. El daño cerebral post-traumático puede ser confundido con el TEPT, al ser también bastante frecuente después de sufrir un traumatismo craneoencefálico. Ambos trastornos tienen componentes comunes como son la amnesia de algún elemento del hecho traumático, síntomas depresivos (anhedonia, afecto restringido, actitud pesimista hacia el futuro), alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración e intolerancia a los sonidos fuertes; sin embargo, algunos autores, como Price (1994), sostienen que no es posible que ambos trastornos se encuentren en la misma persona porque, quien ha sufrido una lesión cerebral con pérdida de la conciencia, no va a poder reexperimentar el acontecimiento traumático, de modo que el carácter excluyente de ambos trastornos justificaría la conclusión de simulación cuando se presentan conjuntamente.

### **Amnesia**

Las principales medidas desarrolladas para detectar la simulación de trastornos de la memoria incluyen test muy

simples, que pueden ser realizados correctamente incluso por personas con daño cerebral, en los que los simuladores suelen mostrar mayores déficits que los verdaderos pacientes. Se denomina *efecto suelo* cuando el simulador novato exagera su papel y comete muchos fallos en estas pruebas; sin embargo, Cercy, Schretlen y Brandt (1997) señalan varios problemas en el empleo de estas técnicas. En primer lugar, las personas con experiencia en simular síntomas amnésicos se dan cuenta de esta estrategia y evitan ejecutar demasiado mal las pruebas. En segundo lugar, a pesar de la aparente simplicidad de las pruebas, algunos pacientes con verdaderos daños cerebrales o con trastornos neuro-psiquiátricos tienen bastante dificultad en ejecutarlas correctamente.

**TABLA 1**  
**CRITERIOS A SEGUIR EN LA EVALUACIÓN DE UN POSIBLE CASO DE SIMULACIÓN DEL TEPT (RESNICK, 1997). LA PRESENCIA SIMULTÁNEA DE DOS O MÁS DE ESTAS CARACTERÍSTICAS SUGIERE QUE LA PERSONA SE ENCUENTRA EN EL UMBRAL DE UNA SIMULACIÓN**

1. Registro de un pobre rendimiento.
2. Anteriores situaciones de "incapacitación".
3. Discrepancia entre el rendimiento mostrado y el realizado en su tiempo libre.
4. Sueños repetitivos e invariables.
5. Rasgos de personalidad antisocial.
6. Funcionamiento excesivamente bueno antes del accidente o suceso traumático.
7. Actitud evasiva ante ciertas preguntas.
8. Descripción inconsistente de los síntomas.

**TABLA 2**  
**MODELO DE DECISIÓN CLÍNICA PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE SIMULACIÓN DEL TEPT (RESNICK, 1997)**

- A. Establecimiento de un motivo lógico y plausible para simular un TEPT.**
- B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes criterios:**
1. Situación laboral irregular o insatisfacción en el trabajo.
  2. Reclamaciones anteriores por daños.
  3. Capacidad para realizar actividades en su tiempo libre, pero no en el trabajo.
  4. Ausencia de pesadillas, o presencia de pesadillas que son exactas al hecho traumático sucedido.
  5. Rasgos de personalidad antisocial.
  6. Actitud evasiva y contradicciones.
  7. Actitud de no cooperación durante la evaluación.
- C. Confirmación de simulación por una de estas dos situaciones:**
1. Admisión de estar simulando los síntomas.
  2. Evidencia psicométrica inequívoca de simulación o fuerte corroboración de estar simulando los síntomas.

Una nueva corriente se está desarrollando para poder detectar la simulación de los trastornos amnésicos, representada por el análisis del fenómeno de la interferencia proactiva. Este fenómeno sucede cuando una información aprendida interfiere en la adquisición o el recuerdo posterior de un nuevo mensaje, y ello se analiza, por ejemplo, mediante el paradigma de aprendizaje de una lista de palabras, según su posición serial en la misma. La interferencia proactiva se manifiesta como un declive en el recuerdo, a medida que se va avanzando en la lista de palabras, de modo que las primeras palabras aprendidas interfieren la codificación y almacenamiento de las últimas. La interferencia es mayor cuando la nueva información es muy similar a la ya almacenada anteriormente, como sucede con palabras que pertenecan a la misma categoría semántica, que cuando se presenta una categoría de palabras diferentes de las previamente almacenadas; lo que produce cierta recuperación en los procesos de memoria (Wikens, 1970). El efecto de la interferencia proactiva se ha constatado en pacientes con verdaderas lesiones cerebrales, pero no en las personas que quieren simular daños en su memoria, recordando mejor las últimas palabras de la lista que las primeras. Este fenómeno, sin embargo, no ha sido confirmado por otros autores, al no haber encontrado diferencias de grado entre simuladores y pacientes con un genuino daño cerebral (Baker, Hanley, Jackson, Kimance y Slade, 1993). El interés por utilizar la interferencia proactiva como detector de simulación parte del supuesto de que es este un proceso cognitivo automático, que está fuera del control consciente del sujeto.

Baker y cols. (1993) investigaron también la influencia que tendría un distractor en el recuerdo de un conjunto de estímulos cuando aparece entre la exposición estos y la tarea de recuerdo; pero no encontraron diferencias significativas cuando el recuerdo de los ítem se solicitaba después de un intervalo de 20 segundos en los que los sujetos debían contar hacia atrás. Los falsos pacientes, en cambio, ejecutaron mucho peor esta prueba.

Otros estudios se han centrado en la detección de la simulación a través de pruebas de memoria implícita (García Domingo, Gregredo López y Fernández Guinea, 2004). Las personas amnésicas generalmente muestran una cercanía a las personas normales en la ejecución de test con el efecto del *priming*, y en tareas que no requieren un recuerdo explícito del episodio aprendido. Por ejemplo, cuando un paciente con amnesia procesa una serie de palabras sin anunciarle que posteriormente se le va a pedir que las recuerde, y más adelante se le presenta la raíz de la palabra o fragmentos de la misma, la

probabilidad que recuerden la palabra correcta es muy grande. Este fenómeno de *priming* se considera que está controlado por procesos neurocognitivos independientes. Wiggins y Brandt (1988) sospecharon que los simuladores realizarían más pobremente estas pruebas de memoria implícita que los verdaderos pacientes, y, efectivamente, encontraron que la ejecución de los simuladores fue comparativamente peor, pero no encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Otro procedimiento para detectar a los simuladores ha sido valorando lo que se ha llamado *feeling-of-knowing*, o la sensación del individuo acerca de si tiene un recuerdo parcial; es decir, si es consciente que sufre amnesia; sin embargo, algunos autores consideran limitado este índice, debido a la variabilidad existente entre los verdaderos pacientes amnésicos. Sí se ha encontrado que personas que simulaban trastornos de memoria y que habían ejecutado peor un test de elección forzada mostraron niveles bajos en el *feeling-of-knowing* (Schacter, Harbluck y McLachlan, 1984).

### **Psicosis**

La prevalencia del fingimiento de la psicosis es desconocida, pero Resnick (1984) considera que, debido al movimiento de la desinstitucionalización, podría ir en aumento, ya que miles de enfermos crónicos, que preferirían vivir en un ambiente más protegido, se encuentran en la actualidad en situación de marginalidad social. Con los drásticos recortes en los programas sociales y las mejoras en las condiciones de hospitalización, las personas con trastornos mentales podrían exagerar sus síntomas para conseguir una ayuda médica; como es el caso de los pacientes con esquizofrenia, que muestran notable habilidad para parecer sanos o enfermos según los objetivos que tengan en el momento (Rogers, Kropp, Bagby y Dickens, 1992). La simulación de un trastorno psicótico puede responder a diversas razones: evitar responsabilidades en el caso de estar implicado en juicios penales; tiempo atrás, evitar realizar el servicio militar o librarse de un destino peligroso; obtener algún beneficio económico por secuelas o daños psicológicos; o dejar de permanecer en prisión, simulando un estado psicótico para conseguir el traslado a un hospital, para obtener más fácilmente drogas o para tener más oportunidades de escapar.

Los especialistas se lamentan de la falta de criterios diagnósticos para establecer la existencia de simulación en estos casos. Resnick (1997), no obstante, sugiere algunos principios a tener en cuenta por el clínico que sospecha de un caso de simulación. Así, respecto a las

alucinaciones auditivas, los simuladores deberán ser preguntados acerca de las estrategias que emplean para reducir o hacer desaparecer las voces. Además de que los verdaderos pacientes suelen tener una disminución de este tipo de alucinaciones cuando la esquizofrenia se encuentra en una fase de remisión mientras que en los brotes agudos se dan con mucha frecuencia, las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes con esquizofrenia incluyen realizar actividades específicas como trabajar o ver la televisión, cambiar la postura, por ejemplo tumbarse o andar, mantener una conversación con una persona cercana, o tomar rápidamente la medicación. En general, comprueban que sus alucinaciones suelen disminuir cuando se implican en cualquier actividad. Estas acciones espontáneas y el correspondiente efecto amortiguador de las alucinaciones, debería evaluarse en los supuestos simuladores; ya que si la persona no tiene un conocimiento profundo de la enfermedad, durante la entrevista no proporcionará esta información. Las alucinaciones genuinas se caracterizan por un amplio rango de susurros a gritos sin sentido; sin embargo la cadencia del discurso es normal. Por el contrario, los simuladores a veces refieren el contenido de sus alucinaciones con un lenguaje artificioso y demasiado complicado. Respecto a las alucinaciones visuales, señala también Resnick que cuando el contenido es dramático o atípico debe ser sospechoso de simulación.

En relación con los delirios, los simuladores refieren su aparición de repente, cuando es sabido que un delirio real se va construyendo a lo largo de meses o años, hasta su sistematización. Cuando aparecen las ideas delirantes, estas suelen tener poca influencia en la vida diaria del paciente, aunque esté convencido de la veracidad de las mismas. En la valoración del carácter genuino de un delirio, Resnick indica que hay que tener en cuenta su contenido. El contenido de los delirios fingidos suele ser persecutorio, y en ocasiones de grandiosidad, pero raras veces auto-despreciativos. Además, el comportamiento de los simuladores no suele ser acorde con el supuesto delirio, mientras que en las personas con una verdadera psicosis es mayor la relevancia conductual.

Otro síntoma que suelen presentar las personas con un trastorno psicótico es la conducta de mutismo. El mutismo puede aparecer como síntoma aislado o como parte de una psicosis simulada. La conducta catatónica o la flexibilidad cética son muy difíciles de mantener durante un periodo prolongado; de modo que una manera de comprobar si una persona está fingiendo puede ser observar cómo reacciona a un pinchazo en la espalda. Las personas con un verdadera catatonía responderán de la

misma manera independientemente si previamente ven o no el estímulo doloroso; mientras que los simuladores responderán de manera diferente dependiendo si anticipan o no el estímulo doloroso. Si la persona ve al examinador aproximarse con un alfiler, mostrará una pequeña reacción, ya que previamente habrán tensado los músculos; pero si se le pincha sin haber visto el alfiler mostrará menor contracción muscular y dilatación pupilar.

En el caso de los trastornos de conversión, es más difícil determinar si se está produciendo una situación de simulación. Resnick señala que el criterio diferencial es si la conducta de mutismo se encuentra bajo el control voluntario de la persona. Conocer los detalles exactos a cerca de cómo la persona dejó de hablar es muy importante, a juicio de este autor. Las personas con un trastorno de conversión suelen ser capaces de escribir y de susurrar, y suelen tener historia de otros síntomas de conversión, como un trastorno disociativo; mientras que es más frecuente hallar en la historia del simulador conducta antisocial con frecuentes mentiras o un historial criminal.

Respecto a la simulación de una depresión psicótica, es sabido que la variación diurna de los síntomas forma parte de su manifestación clínica; mostrando el paciente genuino mayor gravedad de los síntomas y estados de ánimo más disfóricos por las mañanas y una cierta mejoría al final de la jornada. Esta oscilación clínica es más probable que no sea referida por los simuladores, al carecer de un conocimiento profundo del trastorno.

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los procedimientos de valoración de la simulación, en el ámbito clínico, se han basado en el uso de medidas neuropsicológicas convencionales y en el empleo de test específicos para tal fin.

Dentro de la primera opción, se han analizado las curvas de ejecución en tareas de dificultad variable (Baker et al., 1993; Frederick, Crosby y Wynkoop, 2000; Tehula y Sweet, 1996), los aciertos en pruebas de recuerdo, de reconocimiento y tareas en las que se exige discriminar entre dos tipos de estímulos (Coleman et al., 1998; Slick, Iverson y Green, 2000; Suhr y Gunstad, 2000; Sweet et al., 2000), tareas de memoria (Davis, King, Bajzar y Squire, 1995; Hanley, Baker y Ledson, 1999), la amplitud de memoria para los dígitos (Strauss et al., 1999; Suhr, Tranel, Wefel y Barrash, 1997); la comparación de índices de atención e índices de memoria (Mittenberg, Azrin, Millsaps y Heilbronner, 1993), y el conocimiento semántico (Mittenberg, Theroux-Fichera, Heilbronner y Zielinski, 1995). Si bien pruebas de este tipo se han considerado muy óptimas para detectar posi-



bles casos de simulación, se contempla la necesidad de aplicar pruebas complementarias para mejorar la validez y fiabilidad de los resultados. Lezak (1995) refiere los siguientes test neuropsicológicos clásicos para la detección de posibles simuladores:

- Test de Bender, con la recomendación de llevar a cabo un retest, transcurridos bastantes días desde la primera evaluación, ya que al sujeto se le olvidará cuáles eran los patrones de respuestas, e invirtiendo el orden de las tarjetas.
- Test de Retención Visual Benton, en donde los simuladores cometen más errores de distorsión que los pacientes con lesiones cerebrales, pero no más errores de omisión.
- La Batería de Halstead-Reitan (incluyendo el WAIS), en la que los simuladores ejecutan peor los test que los pacientes lesionados, a excepción del Test de Categorías, el Test de Ejecución Tactil y la parte B del Test de Trazado (*Trail Making Test*).
- El MMPI, en donde también los simuladores obtienen peores perfiles que los verdaderos pacientes.
- El PICA (*Porch Index of Communicative Ability*), para la simulación del trastorno afásico.

Entre las pruebas diseñadas específicamente para evaluar la simulación, se advierten dos vertientes metodológicas. Una se basa en el llamado “paradigma de validación de síntomas” (Pankratz, Fausti y Peed, 1975), originalmente diseñado para evaluar los déficit en el funcionamiento sensorial, siendo luego extendido para detectar el fingimiento de lesiones relacionadas con la memoria (Binder y Willis, 1991; Frederick y Foster, 1991; Iverson, Franzen y McCracken, 1991; Pankratz, 1983). Este paradigma implica la administración de pruebas de elección forzada de dos alternativas de respuesta, que basan los resultados en términos de probabilidades (Slick, Hopp, Strauss y Thompsom, 1997; Tombaugh, 1996), y en las que se establecen unos intervalos de confianza, por debajo o por encima de los cuales se consideran las puntuaciones como indicativas de fingimiento o exageración de síntomas y se establecen puntos de corte a partir de los cuales se seleccionan las respuestas. Por ejemplo, en una persona que no está intentando simular, sus respuestas deberán tener al menos un 50% de aciertos, que es el resultado esperado cuando se responde al azar. Este fue el primer sistema de corte empleado, pero se encontró que, cuando se ensayaba con personas normales que fingían ser simuladores, estas no puntuaban por debajo de los niveles de respuesta esperados por azar, aunque sí tenían mayor número de errores que los verdaderos pacientes dañados y honestos; por ello, se optó por establecer pun-

tos de corte en relación con la ejecución que se espera de una persona con una verdadera lesión y sin propósitos de exageración o fingimiento.

Algunos investigadores han empezado a explorar la utilidad de medidas encubiertas, obtenidas a partir de las respuestas “objetivas” que emiten los simuladores, que no puedan ser manipuladas por estas personas o “mejoradas” con las sucesivas evaluaciones. Un ejemplo de ello es la versión computerizada del *Portland Digit Recognition Test* de Rose, Hall y Szalda-Petree (1995), en la cual incluye una medida de la latencia de respuesta del sujeto. Estos autores encontraron que la incorporación de esta medida a la versión original creada por Binder y Willis (1991) mejoraba la sensibilidad de la prueba en la identificación de los posibles simuladores.

La segunda vertiente metodológica consiste en el estudio del tipo de respuesta que ejecuta el paciente; por ejemplo, la manera en que el paciente lee palabras muy sencillas o cuenta el número de puntos que aparecen en una pantalla (Boone et al., 2000; Strauss et al., 2002). Un ejemplo sería el *Dot Counting Test* (Binks, Gouvier y Waters, 1997), prueba en la que al sujeto se le presenta una serie de tarjetas con puntos agrupados y sin agrupar y se pide que cuente el número de puntos que ve en la pantalla, se mide el número de aciertos y el tiempo empleado en contar los estímulos.

### EVALUACIÓN MEDIANTE ENTREVISTAS Y AUTOINFORMES

Otra manera de detectar la simulación consiste en valorar la sintomatología conductual del problema. Las primeras aproximaciones se hicieron mediante pruebas cuyo objetivo específico no era la detección del engaño, pero que incluían alguna subescala para medir la validez del instrumento. El primero de ellos y el más conocido es el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), cuya Escala F tiene el fin de detectar estilos atípicos de respuesta. Con esta escala, sin embargo, se detectaron varios problemas, como el solapamiento entre las puntuaciones obtenidas por verdaderos pacientes y las obtenidas por los posibles simuladores, y la falta de sensibilidad de esta escala para detectar situaciones concretas de simulación como, por ejemplo, la simulación de trastornos de memoria. También se ha puesto en cuestión la utilidad de la subescala DM del 16 PF de Cattell para estos fines.

El *M Test* (Beaber, Marson, Michelli y Millis, 1985) fue el primer instrumento desarrollado con el objetivo primario de detectar posibles simuladores. Sin embargo, los estudios de validación también han puesto en entredicho

esta prueba, indicando Hankins, Barnard y Robbins (1993) que parece detectar más bien a personas que manifiestan déficit o deterioro cognitivo. En un intento de mejorar este test, Rogers y cols. desarrollaron un nuevo sistema de puntuación para este test obteniendo resultados óptimos en la diferenciación entre pacientes psiquiátricos de un correccional y de un hospital (Rogers, Bagby y Gillis, 1992). Smith, Forum y Schinka (1993), sin embargo, no confirmaron estos resultados con una población similar.

La *Malingering Scale* (Schretlen, 1986) ha sido otro intento de construir una prueba para detectar a los simuladores mediante una evaluación psicométrica. Este instrumento consta de dos escalas: la escala de simulación de deficiencia mental (*malingering retardation, MgR*), y la escala de simulación de locura (*malingering insanity, Mgl*). Sin embargo Smith y Burger (1997) indican que los estudios que se han desarrollado para la validación de la prueba tienen déficit metodológicos, relativos a la selección sesgada de la muestra, así como prácticos, como la longitud de la prueba (150 ítem) y la necesidad de contar con un evaluador experimentado para la aplicación de la misma.

Rogers y cols. han desarrollado la SIRS (*Structured Interview of Reported Symptoms*) con el objetivo de desenmascarar a las personas que están fingiendo o exagerando algún trastorno mental (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers, Gillis, Dickens y Bagby, 1991; Rogers, Kropp et al., 1992). La SIRS es una entrevista que consta de 172 preguntas, distribuidas en 8 escalas primarias y 5 escalas adicionales o complementarias. Las primeras se emplean para diferenciar entre personas que son honestas en sus respuestas y simuladores, así como en la descripción de los estilos de respuestas. Las escalas primarias exploran: Síntomas raros (*Rare Symptoms, RS*) (genuinos, pero poco comunes); Síntomas improbables y absurdos (*Improbable and Absurd Symptoms, IA*); Combinación de Síntomas (*Symptoms Combination, SC*) (en referencia a la poca probabilidad de que dos síntomas verdaderos se produzcan simultáneamente); Síntomas Obvios (*Blatant Symptoms, BL*); Síntomas Sutiles (*Subtle Symptoms, SU*) (en referencia a síntomas que son vistos por los pacientes como problemas, cuando en realidad no lo son); Síntomas selectivos (*Selective Symptoms, SEL*); Síntomas graves (*Severity Symptoms, SEV*); y Síntomas referidos frente a observados (*Reported versus Observed Symptoms, RO*).

Con las escalas complementarias el clínico puede realizar una interpretación de los estilos de respuesta del sujeto. Este segundo bloque lo forman: Valoración directa de

honestidad (*Direct Appraisal of Honesty, DA*); Actitud de estar a la defensiva (*Defensive Symptoms, DS*); Síntomas iniciales (*Symptom Onset, SO*); Síntomas demasiado específicos (*Overly Specified Symptoms, OS*); Síntomas de inconsistencia (*Inconsistency of Symptoms, INC*).

Las preguntas se pueden agrupar en tres categorías: (a) preguntas detalladas, que se dirigen a explorar la gravedad de sintomatología específica; (b) preguntas repetidas, de control, sobre las respuestas a las preguntas del apartado a; y (c) preguntas generales, que tratan de investigar patrones de síntomas y problemas psicológicos.

Para la creación de la SIRS, Rogers (1984) realizó una revisión literaria para identificar estrategias de posible utilidad para la detección de simuladores. A partir de aquí, seleccionó las estrategias que cumplían los siguientes criterios: (a) las que parecían relevantes para detectar la simulación de una enfermedad mental en contraposición a otras formas de engaño, y (b) aquellas estrategias que eran fáciles de estandarizar. Basándose en estos criterios, Rogers seleccionó quince estrategias, a partir de las cuales generó 330 preguntas, que conformaron la primera versión de la SIRS. La construcción formal de las escalas se llevó siguiendo dos pasos: por un lado, mediante el consenso de ocho expertos en simulación se buscó la validez aparente y validez descriptiva de las escalas propuestas, asignando los ítems a la estrategia que creían más adecuada, de modo que cuando al menos cinco de los ocho expertos coincidían con la clasificación de Rogers el ítem era situado en la escala correspondiente; y, por otro lado, se calculó las correlaciones ítem-escala, eliminándose aquellos ítems que no correlacionaban con la escala asignada. Los coeficientes alpha de las escalas se situaron entre 0.66 y 0.92, con una media de 0.86 (Rogers, 1997).

Los resultados para cada una de las escalas son clasificados en cuatro categorías: honestos, indeterminados, probable fingimiento o engaño definitivo. Se considera que la persona está intentando engañar si la puntuación en tres o más de las escalas primarias se sitúa en el rango de fingimiento probable; o si la puntuación total del SIRS (la suma de los ítems de las preguntas generales y las detalladas) excede de 76. Se considerará que está siendo honesta si la puntuación en seis o más de las escalas primarias está en el rango de *honesto* o la puntuación global es igual o inferior a 71.

Finalmente, la SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) (Smith y Burger, 1997) es otro instrumento para evaluar la simulación, que consiste en un autoinforme de 75 ítem dicotómicos (verdadero/falso), agrupados en cinco escalas desarrolladas para detectar

posible falsación en las cinco condiciones clínicas más comunes de simulación: baja inteligencia, trastornos afectivos, daño neurológico, psicosis y amnesia. Se obtiene una puntuación total a partir de las cinco escalas. Los ítem fueron obtenidos de dos fuentes diferentes: la primera, a partir de instrumentos ya existentes como el MMPI, el SIRS y el WAIS-R, los cuales han demostrado cierta utilidad en la detección de una posible simulación. Estos ítem fueron modificados para aumentar su sensibilidad en la detección de situaciones concretas de simulación. Y una segunda fuente fue a partir de las características cualitativas de personas simuladoras (Resnick, 1984; Rogers, 1984; Seamons, Howell, Carlisle y Roe, 1981).

### CONCLUSIONES

La simulación, el engaño o el fingimiento, potencialmente se pueden manifestar en todo tipo de enfermedades somáticas y trastornos mentales. Por eso, es necesario utilizar también procedimientos de evaluación diferentes para desenmascarar a las personas que pudieran presentar o exagerar síntomas de muy diverso orden; ya que no es lo mismo simular daño físico, como una lesión cerebral, que daño psicológico, como un trastorno mental. Cualquiera que sea la naturaleza de los síntomas, con frecuencia es conveniente contar con la participación del psicólogo, a la hora de evaluar su autenticidad; y en particular cuando las molestias referidas por la persona afectan a las funciones cognitivas, como la atención o la memoria, y son susceptibles de evaluación neuropsicológica. A pesar de que las exploraciones médicas pueden descartar daños o alteraciones orgánico-cerebrales, en ocasiones el paciente no deja de referir problemas en su vida diaria a la hora de conducir, de acordarse de cosas, etc., siendo estos los argumentos empleados por los peritos en las diferentes causas judiciales y sobre los que es necesario tomar una decisión.

La credibilidad sobre el carácter verdadero o simulado de los síntomas o de estos testimonios, en cuanto que entra dentro de las opiniones subjetivas, difícilmente puede ser objeto de investigación científica. Sin embargo, sí puede ser analizada la validez de los síntomas o del cuadro clínico que la persona manifiesta, para determinar con criterios científicos una probable situación de fingimiento o exageración. En este sentido, se sugiere hacer una aproximación multifactorial para determinar la existencia de una situación de simulación; para lo cual, es necesario: (1) determinar la gravedad del daño, mediante un registro de los diferentes síntomas; (2) evaluar al paciente mediante pruebas estandarizadas; (3)

considerar diagnósticos psicológicos o médicos alternativos para explicar la causa de los síntomas aducidos por la persona; (4) utilizar pruebas que se ajusten a las características demográficas de los sujetos evaluados; y (5) utilizar, simultáneamente, pruebas neuropsicológicas e indicadores de validez específicos, para determinar la posible simulación de los síntomas.

Esbec Rodríguez y Gómez-Jarabo (1999) han descrito, por ejemplo, hasta veinte características que pueden indicar la existencia de simulación de un trastorno mental; de entre las cuales, destacan dos como las más importantes: la presencia de algún beneficio o ganancia externa clara por el padecimiento de estos síntomas y la constatación que el sujeto ya había presentado previamente síntomas similares a los alegados en el momento actual.

La Psicología Forense, en consecuencia, tiene en España un importante reto por delante, en lo que se refiere a la determinación, con base científica, de la validez de los testimonios y de la sintomatología aducida por personas que están en proceso de enjuiciamiento o que han sido víctimas de accidentes o agresiones. En particular, es necesario desarrollar procedimientos estructurados y estandarizados, que permitan emitir juicios fundamentados sobre la posible existencia de simulación. Los procedimientos desarrollados por Arce y Fariña (2005), en este sentido, son un ejemplo a seguir en la consecución de este objetivo.

### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4<sup>ed.</sup>). Barcelona: Masson.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77
- Baker, G. A., Hanley, J. R., Jackson, H. F., Kimmance, S. y Slade, P. (1993). Detecting faking of amnesia: Performance differences between simulators and patients with memory impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 668-684.
- Beaber, R. J., Marson, A., Michelli, J. y Millis, M. J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1478-1481.
- Binder, L. M. y Willis, S. C. (1991). Assessment of motivation after financially compensable minor head trauma. *Psychological Assessment*, 3, 175-181.
- Binks, P. G., Gouvier, W. D. y Waters, W. F. (1997).



- Malingering detection with the Dot Counting Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12, 41-46.
- Boone, K. B., Lu, P., Sherman, D., Palmer, B., Back, C., Shamieh, E., et al. (2000). Validation of a new technique to detect malingering of cognitive symptoms: The b test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 227-242.
- Cercy, S. P., Schretlen, D. y Brandt, J. (1997). Simulated amnesia and the pseudo-memory phenomena. En R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 85-107). New York: Guilford Press.
- Coleman, R. D., Rapport, L. J., Millis, S. J., Ricker, J. H. y Farchione, T. J. (1998). Effects of coaching on detection of malingering on the California Verbal Learning Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 201-210.
- Cullun, C., Heaton, R. y Grant, I. (1991). Psychogenic factors influencing neuropsychological performance: Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. In H. O. Doerr y A. S. Carlingf (Eds.), *Forensic neuropsychology: Legal and scientific bases* (pp. 141-171). New York: Guilford Press.
- Davis, H. P., King, J. K., Bajszar, J. H. y Squire, L. R. (1995). *Colorado Malingering Test Package, version 2.0*. Colorado Springs, CO: Colorado Neuropsychology Tests.
- Esbec Rodríguez, E. y Gómez Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de los trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 35-44.
- Frederick, R. L., Crosby, R. D. y Wynkoop, T. E. (2000). Performance curve classification of invalid responding on the Validity Indicator Profile. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 281-300.
- Frederick, R. L. y Foster, H. G. (1991). Multiple measures of malingering on a forced-choice test of cognitive ability. *Psychological Assessment*, 3, 596-602.
- García Domingo, L., Gregredo López, L. y Fernández Guinea, S. (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista de Neurología*, 38, 766-774.
- Gorman, W. F. (1982). Defining malingering. *Journal of Forensic Sciences*, 27, 401-407.
- Hankins, G. C., Barnard, G. W. y Robbins, M. L. (1993). The validity of the M Test in a residential forensic facility. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 21, 111-121.
- Hanley, J. R., Baker, G. A. y Ledson, S. (1999). Detecting the faking of amnesia: A comparison of the effectiveness of three different techniques for distinguishing simulators from patients with amnesia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21, 59-69.
- Henderson, J. (1986). *Psychic trauma claims in civil and administrative law*. Paper presented at the 17th American Academy of Psychiatry and the Law Meeting, Philadelphia, PA.
- Iverson, G. L., Franzen, M. D. y McCracken, L. M. (1991). Evaluation of an objective assessment technique for the detection of malingered memory deficits. *Law and Human Behavior*, 16, 667-676.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment (3rd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Miller, H. y Catledge, N. (1972). Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *Lancet*, 1, 580-585.
- Mittenberg, W., Azrin, R., Millsaps, C. y Heilbronner, R. (1993). Identification of malingered head injury on the Wechsler Memory Scale-Revised. *Psychological Assessment*, 5, 34-50.
- Mittenberg, W., Theroux-Fichera, S., Heilbronner, R. y Zielinski, R. E. (1995). Identification of malingered head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. *Professional Psychology*, 11, 271-281.
- Pankratz, L. (1983). A new technique for the assessment and modification of feigned memory deficit. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 367-372.
- Pankratz, L., Fausti, A. y Peed, S. (1975). A forced-choice technique to evaluate deafness in the hysterical or malingering patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 412-422.
- Pitman, R. K., Sparr, L. F., Saunders, L. S. y McFarlane, A. (1996). Legal issues in posttraumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 378-397). New York: Guilford Press.
- Price, K. P. (1994). Posttraumatic stress disorder and concussion: A they incompatible? *Defense Law Journal*, 43, 113-120.
- Reitan, R. M. y Wofson, D. (1996). The question of validity of neuropsychology test scores among head-injured litigants: Development of a Dissimulation Index. *Archives of General Neuropsychology*, 2, 573-580.
- Reitan, R. M. y Wofson, D. (1997). Consistency of neuropsychological test scores of head-injured subjects involved in litigation compared with head-injured subjects not involved in litigation: Development of the Retest Consistency Index. *Clinical Psychologist*, 11, 69-76.
- Resnick, P. J. (1984). The detection of malingered mental

- illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 20-38.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 130-152). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-112.
- Rogers, R. (Ed.). (1997). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford Press.
- Rogers, R., Bagby, R. M. y Gillis, J. R. (1992). Improvements in the M Test as a screening measure for malingering. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 20, 101-104.
- Rogers, R., Gillis, J. R. y Bagby, R. M. (1990). Cross validation of the SIRS with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E. y Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation of the SIRS. *Psychological Assessment*, 3, 89-96.
- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M. y Dickens, S. E. (1992). Faking specific disorders: A study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). *Journal of Clinical Psychology*, 48, 643-648.
- Rose, F. E., Hall, S. y Szalda-Petree, A. D. (1995). Computerized Portland Digit Recognition Test: The measurement of response latency improves the detection of malingering. *Clinical Neuropsychologist*, 9, 124-134.
- Schacter, D. L., Harbluck, J. L. y McLachlan, D. R. (1984). Retrieval without recognition: An experimental analysis of source amnesia. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 23, 593-611.
- Schretlen, D. (1986). *Malingering: Use of a psychological test battery to detect two kinds of simulation*. Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
- Seamons, D. T., Howell, R. J., Carlisle, A. L. y Roe, A. V. (1981). Rorschach simulation of mental illness and normality by psychotic and nonpsychotic legal offenders. *Journal of Personality Assessment*, 45, 130-135.
- Slick, D. J., Hopp, G., Strauss, E. y Thompsom, G. (1997). Victoria Symptoms Validity Test. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Slick, D. J., Iverson, G. L. y Green, P. (2000). California Verbal Learning Test indicators of suboptimal performance in a sample of head-injury litigants. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 509-579.
- Smith, G. P., Borum, R. y Schinka, J. A. (1993). Rule-out and rule-in scales for the M Test for malingering: A cross-validation. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 21, 107-110.
- Smith, G. P. y Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- Strauss, E., Hultsch, D. F., Hunter, M., Slick, D. J., Patry, B. y Levy-Bencheton, J. (1999). Using intraindividual variability to detect malingering in cognitive performance. *Clinical Neuropsychologist*, 14, 420-432.
- Strauss, E., Slick, D. J., Levy-Bencheton, J., Hunter, M., MacDonald, S. W. y Hultsch, D. F. (2002). Intraindividual variability as an indicator of malingering in head injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 423-444.
- Suhr, J. A. y Gunstad, J. (2000). The effects of coaching on the sensitivity and specificity of malingering measures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 415-424.
- Suhr, J. A., Tranel, D., Wefel, J. y Barrash, J. (1997). Memory performance after head injury: Contributions of malingering, litigation status, psychological factors, and medication use. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 500-514.
- Sweet, J. J., Wolfe, P., Sattleberger, E., Numan, B., Rosenfeld, J. P., Clingerman, S., et al. (2000). Further investigation of traumatic brain injury versus insufficient effort with the California Verbal Learning Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 105-114.
- Tehula, W. N. y Sweet, J. J. (1996). Double cross-validation of the Vooklet Category Test in detecting malingered traumatic brain injury. *Clinical Neuropsychologist*, 10, 104-116.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering*. New York: MHS.
- Vickery, C. D., Berry, D. T., Inman, T. H., Harris, M. J. y Orey, S. A. (2001). Detection of inadequate effort on neuropsychological testing: A meta-analytic review of selected procedures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 45-73.
- Wiggins, E. C. y Brandt, J. (1988). The detection of simulated amnesia. *Law and Human Behavior*, 12, 57-78.
- Wikens, D. D. (1970). Encoding categories of words: An empirical approach to meaning. *Psychological Review*, 77, 1-15.
- Youngjohn, J. R., Lees-Hayley, P. R. y Binder, L. M. (1999). Comment: Warning malingerers produces more sophisticated malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14, 511-515.