



Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información  
en Salud y Seguridad Social  
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
(SEP)

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Trabajo Final de Graduación para optar por el título de  
Especialista en Psicología Clínica**

Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación psicológica:  
algunos elementos psicojurídicos y su relación con aspectos clínicos  
y forenses en el contexto costarricense.

**(REVISION BIBLIOGRÁFICA)**

**Postulante:**

Cristian Mora Víquez.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio,  
Julio del 2013.

DEDICATORIA.

*Gracias Dios por darme la oportunidad de disfrutar esta experiencia de vida, que me permitió valorar aún más todo lo que me has dado a lo largo de mi vida.*

*A mi madre y mi padre, por haberme brindado la formación, la libertad y el estímulo para luchar por mis metas y sueños. Padre, a pesar de que no estás conmigo físicamente desde hace algunos años, sigues siendo parte de esa inspiración que me hace seguir adelante.*

*Muchas gracias mi querida esposa, por acompañarme en este transitar y apoyarme para cumplir nuevas metas y seguir creciendo, gracias por la tolerancia y la paciencia.*

## AGRADECIMIENTOS.

Mis sincera gratitud a Francisco Segura Montero, una persona que refleja su dedicación, entrega y cariño a una institución de diversas maneras, entre ellas creyendo y estimulando la especialización del personal que conforma al Organismo de Investigación Judicial, para que este sirva de la mejor forma al país.

Un especial agradecimiento a Raymond Valverde, quien siempre apoyo este proyecto con el afán de promover mi crecimiento personal y profesional. Incluyo a Rodolfo Fernández en este agradecimiento, porque creyó en mí para poder llevar a cabo este proyecto.

Especial mención merece Roberto López Core, quien fomenta y estimula el necesario intercambio interinstitucional, en tiempos en que el país requiere crecer y generar vínculos que beneficien a la sociedad costarricense.

Al cuerpo docente de la especialidad, quienes se esforzaron por brindar una preparación acorde a las exigencias profesionales que se necesitan para responder a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud de la CCSS.

Mis sentimientos de gratitud y afecto a quienes durante las diferentes rotaciones me brindaron experiencias de aprendizaje únicas y que atesoraré con cariño: Orieta, Ana María, Mayra, Marcela, Natasha (HNP); a Fabián (CAPEMCOL), Susana (HSJD), María Elena (HRCP) y Rocío (HM). Gracias por compartir desinteresadamente su conocimiento y brindarme un ambiente cálido en el día a día.

A mis compañeros y compañeras de residencia, de los cuales aprendí diversas cosas, sobre todo el valor humano de la entrega por los usuarios y la sensatez del esfuerzo por la gente, independientemente de las circunstancias en que nos encontráramos. Gracias por estos años de sonrisas, congojas pero sobre todo amistad.



Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información  
en Salud y Seguridad Social  
(CENDEISS)



Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Postgrado  
(SEP)

## PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

### POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El Posgrado en Psicología Clínica y este tribunal que lo representa, hace constar que Cristian Mora Víquez, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: “Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación psicológica: algunos elementos psicojurídicos y su relación con aspectos clínicos y forenses en el contexto costarricense”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 10 días del mes de Junio del año 2013, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Dra. Ana María Monteverde Castro  
Directora Posgrado Psicología Clínica  
Presidenta del Tribunal

Dr. Mariano Rosabal Coto P.hD.  
Director Trabajo Final de Graduación

TABLA DE CONTENIDOS.

Dedicatoria	II
Agradecimientos.	III
Hoja de Aprobación	IV
Tabla de Contenidos	V
Resumen	VII
Summary	VIII
Índice de Cuadros	IX
Índice Siglas y Abreviaturas	X
<b>Capítulo I: Introducción.</b>	<b>1</b>
<i>Aspectos Psico-jurídicos y su relación con aspectos clínicos.</i>	1
<i>1.1. Aspectos Psico-jurídicos básicos</i>	1
<i>1.2 Evaluación de simulación en Costa Rica: Rol de los profesionales del Hospital Nacional Psiquiátrico y del CAPEMCOL en procesos judiciales.</i>	2
<i>1.3. Usuario meta y confidencialidad a manejar según el contexto evaluativo.</i>	6
<i>1.4. Otras circunstancias legales objeto de evaluación y atención psicológica.</i>	10
<i>1.5. Importancia clínica de la simulación.</i>	11
<i>1.6. Aspectos que persigue el presente trabajo.</i>	13
<b>Capítulo II: Marco Conceptual.</b>	<b>14</b>
<i>2.1. Simulación: definición conceptual.</i>	14
<i>2.1.1. La simulación según Richard Rogers</i>	16
<i>2.1.2. Clasificaciones de la Simulación.</i>	18
<i>2.1.3. Simulación y Psicosis.</i>	22
<i>2.1.4. Simulación y psicopatologías.</i>	30
<i>2.1.5. Simulación y otros conceptos relacionados.</i>	33
<i><u>2.1.5.1. Disimulación.</u></i>	33
<i><u>2.1.5.2. Trastorno Facticio y Fingimiento.</u></i>	34
<i><u>2.1.5.3. Síndrome de Maunchansen</u></i>	37
<i><u>2.1.5.4. Trastornos Somatoformos.</u></i>	37
<i><u>2.1.5.5. Falsificación.</u></i>	38
<i>2.1.6. Desventajas del pensamiento categórico respecto a las noseologías diagnósticas.</i>	39
<i>2.1.7. Incidencia y aproximaciones a un “perfil” de la simulación.</i>	42
<i>2.2. Modelos de evaluación psicológica.</i>	44
<i>2.2.1 El Consentimiento Informado en la Evaluación Psicológica.</i>	45
<i>2.2.2 Modelo Clínico y Modelo Forense de Evaluación</i>	49
<i>2.2.3 Diferencia en la utilización e interpretación de pruebas psicológicas.</i>	52

	<b>Capítulo III: Problema y Objetivos.</b>	56
	<i>3.1. Planteamiento del Problema</i>	56
	<i>3.2. Objetivos</i>	57
	<b>Capítulo IV: Metodología.</b>	58
	<b>Capítulo V: Resultados.</b>	60
	<i>5.1. Metodologías de Abordaje de la Simulación.</i>	60
	5.1.1.El comportamiento observable (conducta no verbal)	62
	5.1.2. Aspectos psicofisiológicos	67
	5.1.3. Psicología del testimonio.	70
	5.1.4. Métodos y técnicas de entrevista	72
	<u>5.1.4.1. Evaluación de la Validez de una Declaración, o Entrevista Paso a Paso (Técnica de entrevista para niños y adolescentes, usualmente utilizada en caso de abuso sexual infantil).</u>	74
	5.1.5Detección Multimodal de la Simulación.	81
	<u>5.1.5.1Detección Multimodal de Bianchini, Greve y Glynn.</u>	83
	<u>5.1.5.2 Criterios de detección de Simulación de Tapias.</u>	85
	<u>5.1.5.3Entrevista Clínico Forense de Arce y Fariñas.</u>	89
	<u>5.1.5.4. Protocolo de Medida de Simulación de Arce y Fariñas.</u>	91
	5.1.5. Simulación de la Disfunción Neurocognitiva.	93
	<i>5.2. Pruebas Psicológicas para evaluar simulación.</i>	97
	5.2.1 El MMPI-II. Prueba de Autoinforme.	104
	5.2.2. El MCMI III. Prueba de Autoinforme.	110
	5.2.3 El PAI. Prueba de Autoinforme.	113
	5.2.4El PCL-R. Inventario de Personalidad.	117
	<i>5.3.Pruebas para detección de Simulación.</i>	120
	5.3.1. El M-FAST.	121
	5.3.2 El SIMS.	124
	5.3.3 El SIRS	126
	<i>5.4 Otras pruebas utilizadas para observar indicios de simulación.</i>	131
	5.4.1 Pruebas no específicas para la detección de la simulación.	131
	5.4.2. Otras escalas y pruebas para detección de simulación.	137
	5.4.3 Desarrollos actuales para detección de simulación.	137
	<i>5.5. El Informe escrito en casos de simulación.</i>	141
	<b>Capítulo VI: Limitaciones, Conclusiones y Recomendaciones.</b>	146
	<i>6.1 Limitaciones</i>	146

	<i>6.2 Conclusiones</i>	147
	<i>6.3 Recomendaciones</i>	151
	<b>Bibliografía.</b>	152
	<b>ANEXOS.</b>	166

## **Resumen.**

En la práctica psicológica costarricense un profesional que se desempeñe en el campo clínico, puede llegar a tener un rol pericial si una autoridad judicial lo estima conveniente. Si bien en este aspecto es una decisión legal, el psicólogo o la psicóloga requieren saber de previo cual será su condición, para que conociendo desde que contexto intervendrá, realice un encuadre y planificación coherente para tales circunstancias, demarcando sus limitaciones, alcances y obligaciones para con su práctica profesional y la persona que valorará.

Así el presente trabajo, mediante la descripción de diversos tópicos que buscan ilustrar los métodos, estrategias e instrumentos que coadyuvan a la detección de la simulación, busca proporcionar una visión de lo que se puede realizar para generar información pertinente, válida y confiable sobre este tipo de dinámicas.

Ello con el fin último de que él o la profesional pueda respaldar su actuación y resultados de la mejor manera posible (tanto ética como técnicamente), pero que además la persona objeto de la valoración reciba el trato justo para su realidad, respetándole su integridad y valor como ser humano. Esto debido a lo que implica determinar dinámicas de simulación en una persona y las repercusiones que esto puede traer para su vida.

Además de ello, la simulación de síntomas psicóticos en el plano de la evaluación psicológica, si bien tiene importancia legal muy importante, puede poseer una relevancia clínica que será significativa en un plano de rehabilitación psicosocial. Este tema, a pesar de no ser objetivo del presente trabajo, debe ser tomado en cuenta por quien realiza este tipo de evaluaciones.

**Palabras claves:** Psicología Clínica, Psicología Forense, Simulación, Inimputabilidad, Diagnóstico Diferencia, Pruebas Psicológicas.

NOTA: La versión digital de este trabajo se puede consultar en el repositorio digital de la Biblioteca Dr. Gonzalo González Murillo del Hospital Nacional Psiquiátrico.

## Summary

In Costa Rica a professional psychological practice performed in the clinical field, can have a role if a judicial expert deems it appropriated. While this aspect is a legal decision, the psychologist requires prior knowledge of what their condition, to know from which context intervene, making a frame and coherent planning for such circumstances, marking its limitations, scope and obligations to professional practice and the person assessed.

So this paper, through the description of various topics that seek to illustrate the methods, strategies and tools that help in the detection of the simulation, aims to provide a vision of what can be done to generate relevant, valid and reliable information on this type of dynamics.

This last, in order that the professional may support his or her action and results in the best way possible (both ethically and technically), but also the person being valued receive fair treatment for his or her reality, integrity and respecting his values as a human being. In spite of involving determining dynamics simulation in a person and the impact it can bring to that life.

Furthermore, the simulation of psychotic symptoms in terms of the psychological evaluation, has important legal matters, and also may have a significant clinical relevance to be on a level of psychosocial rehabilitation. This issue, despite not being objective of the present study should be taken into account by whoever is making these assessments.

**Keywords:** Clinical Psychology, Forensic Psychology, Simulation, Non-imputability, Diagnosis Difference Psychological Testing.

NOTE: The digital version of this work is available on the Library's digital repository Dr. Gonzalo Gonzalez Murillo National Psychiatric Hospital.

LISTA DE CUADROS.

<b>Número del Cuadro.</b>	<b>Tema.</b>	<b>Página.</b>
1	El perito y sus diferencias con otras figuras procesales	4
2	Modelos de simulación según Rogers.	17
3	Estrategias usadas por simuladores.	29
4	Diferencias entre simulación, trastorno facticio y de fingimiento.	35
5	Incidencia de simulación por patologías.	43
6	Diferencias entre contextos clínicos y forenses de evaluación.	50
7	Indicadores populares del engaño.	64
8	Modelo Detección Multimodal de Bianchini, Greve y Glynn.	83-84
9	Criterios Diagnósticos Simulación Disfunción Neurocognitiva.	94-95
10	Elementos de simulación en el MMPI II.	107-108
11	Elementos de simulación en el MCMI III.	112
12	Resumen pruebas de personalidad y elementos de simulación.	120
13	Descripción de escalas del SIRS.	127-128
14	Resumen de otras pruebas que brindan indicios de simulación	140-141

INDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.

<b>ABREVIATURA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
CP	Código Penal
CPP	Código Procesal Penal
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
CAPEMCOL	Centro Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CPPCR	Colegio Profesional de Psicólogos y Psicólogas de Costa Rica
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
OMS	Organización Mundial de Salud
SIRS	Entrevista Estructurada para Reporte de Síntomas.
MMPI	Inventario Multifacético Personalidad Minnesota
MCMI	Inventario Multiaxial Clínico de Millon
M-Fast	Miller Forensic Assessment of Symptoms
SIMS	Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas
PAI	Inventario de Evaluación de Personalidad
PCL-R	Lista de Chequeo de la Psicopatía.
TOMM	Prueba de Simulación de Problemas de Memoria
MDS	Escala de Detección de la Simulación
SADS	Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia
ADI	Inventario de Depresión
PICA	Porch Index of Communicative Ability
NRC	National Research Council
SVA	Evaluación de la Validez de una Declaración
CBCA	Análisis del Contenido Basado en Criterios
SDN	Simulación de Disfunción Neurocognitiva
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.**

### **Aspectos Psico-Jurídicos y su relación con aspectos clínicos.**

#### ***1.1. Aspectos Psicojurídicos básicos.***

El Código Penal (C.P) de Costa Rica establece en su artículo 42 la figura de la inimputabilidad, indicando que:

*“Es inimputable quien al momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes”* (Costa Rica, leyes y decretos, 2011).

Para el sistema de justicia (representado por el Poder Judicial) es de suma importancia determinar este aspecto antes de generar un proceso para imputar un delito a una persona. Para ello la legislación establece en el Código Procesal Penal (C.P.P), artículo 87, la existencia de un “Examen Mental Obligatorio” psicológico o psiquiátrico que se solicita en diversas circunstancias, entre ellas cuando los delitos sean de carácter sexual contra menores de edad, se generen agresiones domésticas, quien lo cometa sean personas mayores de 70 años y finalmente, cuando el tribunal considere que dicho examen mental es indispensable para establecer la capacidad de culpabilidad del hecho. El brindar insumos para que el juez pueda determinar la inimputabilidad es una tarea que se le ha delegado a la psiquiatría y la psicología para que ambas disciplinas apoyen mediante criterio experto a los administradores de justicia.

El comprender el carácter ilícito del hecho no se convierte en un aspecto que tenga que ver únicamente con el diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental. Actualmente aunque la determinación de enfermedad mental sigue teniendo mucha importancia, existe otro tema fundamental que se valora en el ámbito psicológico: la simulación de síntomas psicóticos, hecho que puede conducir a declarar una inimputabilidad. Esto es importante ya que la declaración de un estado incapacitante exime a la persona de su responsabilidad penal, a diferencia de otras figuras que se estipulan en el C.P como lo son:

- La imputabilidad disminuida del artículo 43.
- La atenuación del artículo 127 (“Si la lesión fuera causada en estado de emoción violenta, ello provocaría que las penas presentarían una reducción”).
- Los Homicidios atenuados del artículo 113.

En estos tres casos citados, si bien se atenúan los montos de las posibles penas, no se elimina por completo la responsabilidad del sujeto, como ocurre con la inimputabilidad.

### ***1.2. Evaluación de simulación en Costa Rica: Rol de los profesionales del Hospital Nacional Psiquiátrico y del CAPEMCOL en procesos judiciales.***

Ching (2002) refiere que es hasta el año 1972 cuando el Poder Judicial, por medio del Organismo de Investigación Judicial, contrata al primer psicólogo (Francisco Ciófalo Zúñiga) para que se desempeñe en las diversas fases de los procesos judiciales. Previo a este hecho, las valoraciones se realizaban en los hospitales psiquiátricos existentes en el país, pertenecientes al ámbito del Poder Ejecutivo, específicamente al Ministerio de Salud. Desde este elemento se observa como para ayudar a impartir justicia, sobre todo en aspectos relacionados a la salud mental de un sospechoso, se acudía a una entidad no judicial como consultora del estado mental de una persona.

Pero incluso en la actualidad, y a pesar de la conformación y desarrollo de los Departamentos de Psicología y Trabajo Social, así como Psicología y Psiquiatría Forense en el Poder Judicial, quienes se dedican específicamente a evaluar personas para procesos penales, se continúan enviando solicitudes de valorar inimputabilidad al Hospital Nacional Psiquiátrico (en adelante HNP). Este hecho sumado a una histórica problemática de combinar población con causas penales junto a población que no poseen este tipo de antecedentes, genera en el año 2011 la creación del “Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley” (en lo consecuente, denominado “CAPEMCOL”) lugar que en la actualidad alberga a personas que poseen tanto medidas de

seguridad curativas como cautelares (en esta categoría es que se solicitan valoraciones psicológicas).

El citado CAPEMCOL, como centro adscrito al HNP pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S), que tiene como misión:

*“proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense”* (Plan Estratégico e Institucional 2010-2015).

El que el CAPEMCOL pertenezca a esta institución de salud pública genera que la misma deba responder en ocasiones a requerimientos legales, pero con una orientación clínica y rehabilitadora a parte de la población que alberga.

La posibilidad de que una entidad no judicial participe aportando datos a un proceso legal, está estipulada en el artículo 86 del Código Procesal Penal (C.P.P) en el cual se establece que: “Si es necesario el internamiento del imputado para elaborar el informe pericial sobre su capacidad, la medida podrá ser ordenada por el tribunal a solicitud de los peritos”; y se acota posteriormente: “La internación no podrá prolongarse por más de un mes y solo se ordenará si no es posible realizarla con el empleo de otra medida menos drástica”. En el caso del estado costarricense, la posibilidad de mantener internada a una persona la posee únicamente los sistemas de salud, apoyándose en los mismos los sistemas judiciales cuando se requiera tal procedimiento.

Previo a la creación del CAPEMCOL, si el juez decidía que valorar aspectos de inimputabilidad recayera en los equipos interdisciplinarios conformados por Psiquiatras, Psicólogos y Psicólogas Clínicas del Hospital Nacional Psiquiátrico, se considera a lo interno de este centro médico, que lo realizado no sería una pericia en sí mismo, sino una valoración clínica que serviría de insumo para la realización del peritaje posterior, ya que los profesionales del hospital continúan manteniendo su rol de prestadores de servicios de salud contextualizados en un centro de salud mental, aunque enfocados a otro tipo de objetivos, sin equipararse a la figura de los peritos del Poder Judicial.

Pese a esta creencia, se establece en el artículo 213 del C.P.P que una pericia se solicita para descubrir o valorar un elemento de prueba, para lo cual es necesario poseer conocimientos especiales en cualquier ciencia, arte u oficio. A pesar de cumplir con estas condiciones, los servidores del hospital no sentían asumir el papel del perito, ya que en la práctica de años previos se asumía más por costumbre que por aspectos legales, que al tener el Poder Judicial oficinas para realizar “peritajes”, esto los convertía en depositarios exclusivos de ese rol, en tanto lo generado por el H.N.P era un insumo más para apoyar la pericia.

Aguilar y Morales (2003) indican que por definición, la calidad de un perito es de naturaleza procesal, por ser llamado por el órgano jurisdiccional en un proceso para transmitir conocimientos ayudando al juez a conocer un hecho que desconocía o valorar pruebas que previo al dictamen desconocía. Las autoras brindan elementos ilustrativos de la figura “perito”, en relación a otras involucradas en procesos judiciales:

***Cuadro 1: El perito y las diferencias con otras figuras procesales.***

<b><i>Otras figuras en procesos penales y sus funciones</i></b>	<b><i>El Perito y sus funciones</i></b>
<b><u>ARBITRO</u></b> : Emite una decisión vinculante para las partes sobre asuntos que le someten otras personas. Puede otorgar derechos, imponer obligaciones, crear, extinguir o modificar situaciones o relaciones jurídicas. Dictan arbitrajes que definen al litigio sin que ésta quede sujeta a examen de ningún juez	Nunca decide la controversia, emite criterios para ayudar al juez en toma de decisiones. Dictamina con valor procesal, sobre hechos para los que se requiere conocimientos especiales y no sobre elementos jurídicos. Su dictamen no posee obligatoriedad.
<b><u>TESTIGO</u></b> : El deber de testimoniar recae sobre toda persona que tenga conocimiento de hechos que interesen a un proceso y que se encuentren en una situación dada. El testimonio es un acto personalísimo. Puede ser cualquier persona, su único requisito es haber	Su deber recae únicamente sobre quienes voluntariamente asumen ese cargo, debe tener los requisitos necesarios cuando sea llamado. No depende del hecho sucedido sino de su calidad como experto. Se le

visto o percibido la situación. No se le remunera su declaración, este percibe los hechos antes de existir un proceso judicial.	remunera su trabajo y actúa en el proceso por encargo del juez por un interés procesal preexistente.
<u>JUEZ</u> : Emite criterios jurídicos y el suyo no está sometido a otra instancia en el debate. Goza de jurisdicción y competencia.	Su criterio es sometido al juez. Limita su conocimiento a un hecho dentro de un caso concreto.
<b><i>Otras figuras en procesos penales y sus funciones</i></b>	<b><i>El Perito y sus funciones</i></b>
<u>MANDATARIO</u> : Su nombramiento es contractual, emana de los interesados y estos cubren sus honorarios. Actúa por cuenta y riesgo del mandante.	Son nombrados usualmente por el juez y no representa a ninguna de las partes. Actúa bajo su propia responsabilidad.
<u>CONSULTOR TÉCNICO</u> : Auxiliar de las partes cuya función es asesorarlas en el estudio de los dictámenes de los peritos durante el proceso. No está obligado a manifestarse cuando su opinión no sea favorable a la parte que auxilia, no rinde dictámenes pero puede hacer observaciones.	Es un auxiliar del juez y del proceso judicial, no de las partes. Debe manifestar su opinión científica independientemente de que sea favorable o no a las partes involucradas en el proceso. Realiza dictámenes.

Cuadro 1. Basado en Aguilar y Morales (2003).

Como se pudo apreciar, la concepción legal de quienes son peritos está establecida para auxiliares del proceso judicial y legalmente se brindó esta categoría a los psicólogos del Poder Judicial, a quienes se les considera como peritos oficiales, a pesar de que existe otra modalidad catalogada como peritos auxiliares, que a diferencia de los anteriores, no forman parte del personal del Poder Judicial, sino que están inscritos en una lista oficial de peritos y que reúnen una serie de características solicitadas por la Dirección Ejecutiva del citado Poder de la República.

En el caso del rol que jugaban los profesionales del H.N.P previo a la creación del CAPEMCOL cuando se les solicitaba dirimir sobre inimputabilidad o simulación de la misma, estos lo que generaban era una opinión mediante un informe clínico (comunicación oral de la Licda Sandra Nájera Pérez, Abogada Oficina de Asesoría y Gestión Legal del

H.N.P, Noviembre 2011), para responder a la solicitud judicial, sirviendo de insumo sin carácter pericial para la toma de decisiones posteriores en el proceso legal. Pero posterior a la creación en 2011 del “Centro para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley” (CAPEMCOL) este panorama parece cambiar.

En consulta con la asesora legal de dicho centro, la Lic Alcira Hernández Rodríguez, esta señaló que la norma legal establece que el peritaje es necesario para apoyar la decisión legal de establecer la inimputabilidad. Si bien cualquier profesional puede tomar el rol de “perito” si lo autoridad judicial así lo designa, en los últimos años este rol han sido depositado en el Poder Judicial. Sin embargo la sana crítica racional del juez le puede permitir apoyar su toma de decisiones en otras instancias que generen insumos por parte de profesionales o equipos interdisciplinarios expertos en el campo, como lo pueden ser los profesionales del CAPEMCOL. (Comunicación oral de la Licda. Alcira Hernández Rodríguez, Asesora legal del CAPEMCOL, Noviembre 2012).

Estos elementos generan la necesidad de revalorar, a la luz de los cambios institucionales y las demandas sociales y judiciales actuales, el que se considere únicamente como un informe pericial el estudio generado por profesionales del Poder Judicial. Si bien este aspecto es un elemento incipiente, se debe tener claro que esta determinación corresponde finalmente al campo legal, más es importante que los y las profesionales en psicología tengan en cuenta que pueden desempeñar ese rol en cualquier momento, por lo que sus actuaciones deben regirse por la rigurosidad necesaria para poder dar respuesta a este tipo de requerimientos.

Se debe tener en cuenta que además de una solicitud de un juez, se pueden sumar las de otros actores judiciales (fiscalía o defensa pública), mismas que pueden ser tomadas en cuenta para valoraciones psicológicas de este tipo, en caso de dudas sobre imputabilidad del sospechoso. Por estos motivos y ante el potencial aumento de este tipo de consultas, es que el citado CAPEMCOL tendrá cada vez mayor importancia en lo que respecta a este tipo de evaluaciones.

### ***1.3. Usuario meta y tipo de confidencialidad a manejar según el contexto evaluativo.***

En el caso de los y las profesionales en psicología, además de la obligación de tener claro estos elementos, deben valorar que también se genera un viraje en cuanto a quién sería el “usuario meta” del servicio profesional que se presta, e incluso el tipo de confidencialidad que se debe manejar. Por ejemplo cuando una autoridad judicial solicita una pericia, el “cliente” en si es dicha autoridad y la persona se convierte en sujeto de prueba, motivo por el cual en el encuadre que se realiza se le debe advertir a la persona sobre la confidencialidad en este tipo de evaluación, la cual es restringida o parcial, ya que con base a la información obtenida, se elaborará un informe brindando datos pertinentes que motivaron la evaluación, dejándose en reserva de secreto profesional únicamente aquellos que no interesen para establecer inimputabilidad u otro aspecto requerido en la solicitud judicial.

Este es un escenario muy diferente a un contexto clínico o de tratamiento, en el que se debe completa fidelidad a la persona o institución y se responde enteramente a los intereses de los usuarios. Por ende en este otro posicionamiento, la confidencialidad es total y la misma se libera únicamente cuando es la persona misma quién solicita expresamente la condición de liberar el secreto. El Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos y Psicólogas de Costa Rica (C.P.P.C.R) brinda elementos claros para la praxis profesional en este sentido:

#### ***“ARTÍCULO # 32:***

*En lo que respecta al secreto profesional:*

*A. Es obligación de la y el profesional en psicología guardar el secreto profesional. Entendiéndose éste como el mantener siempre bajo reserva absoluta la información que en su desempeño recibe directamente, así como la que haya podido observar, interpretar o deducir.*

*B. Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional y ello se proporciona sólo en los casos estrictamente necesarios cuando constituyan elementos para configurar el informe. En el caso de que dichos informes sean solicitados por instancias judiciales,*

*como tribunales u otros organismos donde no sea posible guardar la privacidad, la o el profesional en psicología deberá adoptar las precauciones necesarias para no generar perjuicios innecesarios a la persona usuaria.*

*C. Si una o un profesional en psicología tiene conocimiento de información que se puede catalogar como de índole confidencial como consecuencia de una consulta realizada por una o un colega, deberá guardar secreto profesional respecto a esa información.*

*D. La o el profesional en psicología deberá advertir tanto a su personal de apoyo, como a miembros de equipos interdisciplinarios en los que participe, acerca de la confidencialidad de los asuntos que conoce con ocasión de su ejercicio profesional y del consecuente deber de guardar reserva.*

*E. La o el profesional en psicología deberá guardar el secreto profesional a pesar del cese del servicio”.(C.P.P.C.C 2010).*

A nivel legal se tiene establecido lo que implica el secreto profesional en un proceso judicial, cuando se indica en el artículo 206 del C.P.P. lo siguiente:

*“Deberán abstenerse de declarar sobre los hechos secretos que hayan llegado a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, los ministros religiosos, abogados y notarios, médicos, psicólogos, farmacéuticos, enfermeros y demás auxiliares de las ciencias médicas”. (Costa Rica, leyes y decretos, 2011)*

Se acota posteriormente: “Sin embargo estas personas con excepción de los ministros religiosos, no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto” (Costa Rica, leyes y decretos, 2011).

Teniendo en cuenta estos dos panoramas, se debe tener claro que para el trabajo que se desarrollará, si bien se trata de inscribir en un contexto clínico, por las circunstancias especiales que presentan lugares como el CAPEMCOL, en muchas ocasiones las fronteras entre lo clínico y lo forense no podrán observarse como definitivas. Esto ya que en este centro se realizan psicodiagnósticos y evaluaciones que dependiendo del juez, se podría usar como pericia, pero también se realiza rehabilitación como parte de medidas curativas.

Si bien para el centro es claro que su papel primario y esencial es el de ser un centro de salud y rehabilitación, en ocasiones las fronteras entre lo clínico y lo forense pueden traslaparse. Es por ello que se desea dejar claro en esta instancia que si bien se brindará un mayor acento a la parte clínica y elementos en que de ella se pueden derivar para ayudar a determinar la simulación de síntomas psicóticos, estos aspectos pueden tomar giros y tintes forenses en ocasiones, siendo un aspecto esencial la agudeza y fineza de los lectores y las lectoras para poder dirimir y aceptar esta conjunción de factores. Otra esperanza del autor, es que este tipo de trabajos ayuden a problematizar sobre este tipo de roles y contextos de trabajo, a los y las colegas que se desempeñan tanto en el campo clínico y el forense, ya que es desde una reflexión colectiva que se pueden ir dilucidando cada vez más y tener conceptos claros para el ejercicio de la psicología ante exigencias de otros campos profesionales, como lo es en este caso el derecho.

Otro tema que requiere reflexión es lo relativo al informe que se debe realizar en el caso del personal de psicología, ya que este tipo de informe implica diferencias. Se aprecia que el Código de Ética del C.P.P.C.R estima que en estos informes (los solicitados por autoridades judiciales) no es posible cautelar la privacidad total de la persona, hecho que se debe explicitar en el consentimiento informado; pero sumado a esto se debe añadir la formalidad que debe poseer, al establecerse que el dictamen solicitado según el artículo 218 del C.P.P, tiene que ser un documento que contenga de forma clara y precisa la relación detallada de las operaciones practicadas, sus resultados así como las conclusiones respecto al tema estudiado.

Si bien estos hechos son claros en cuanto a legislación, existe otro aspecto que se presta para una reflexión sobre el papel de la psicología en este tipo de procesos de opinión experta y peritaje. El C.P.P indica en el artículo 218 que los peritos podrán dictaminar por separado cuando exista diversidad de opiniones entre ellos. En este caso en particular y sobre todo por el tipo de sujeto en estudio, podría existir diversidad de opiniones diagnósticas entre peritos del Poder Judicial y profesionales en Psicología Clínica y Psiquiatras del CAPEMCO, por lo que cabría que preguntarse cómo se ha actuado jurisprudencialmente en estas situaciones y sobre todo, cual sería una forma adecuada de

armonizar estos criterios que son de profesionales igualmente capacitados pero que llegan a conclusiones diferentes pudiéndose generar confusiones.

Al respecto, ya se generó un caso en el cual, ante diversidad de criterios, la autoridad judicial acudió a profesionales de Adaptación Social para tener una tercera opinión que le facilitara su toma de decisiones (mismo que al encontrarse en trámite no puede describirse con amplitud, pero que puede ser consultado con el equipo interdisciplinario del CAPEMCOL). Es por ello que en este tipo de casos es esencial que quienes intervienen en los procesos conozcan el tipo de rol que ejercen, además de la capacidad de debate para la formulación diagnóstica de una persona imputada, sumado a el nivel de coordinación que sería deseable para que dos instituciones del estado coadyuven en la prestación de un servicio de salud y también de justicia “pronto y cumplido”.

#### ***1.4. Otras circunstancias legales objeto de evaluación y atención psicológica.***

Si bien lo comentado hasta ahora tiene que ver con valoración para ayudar a un juez de la República para declarar inimputabilidad, dentro de lo cual la determinación de la simulación es muy importante, existen otras circunstancias por las cuales puede ser enviada una persona al H.N.P según lo establecido en el C.P.P. Se citarán las mismas de manera ilustrativa aunque no sean el motivo del presente trabajo:

- El artículo 244 establece como una posibilidad de medida cautelar la obligación de someterse al cuidado o vigilancia de una persona o institución determinada, mismas que deberán informar regularmente al tribunal sobre el estado de la misma.
- También se establece la medida de internación el artículo 262 el cual indica que:

*“Un Tribunal podrá ordenar la internación de un imputado en un establecimiento asistencial, previa comprobación, por dictamen pericial, de que sufre una grave alteración*

*o insuficiencia de sus facultades mentales, que lo torna peligroso para sí o para terceros”.*

(Costa Rica, leyes y decretos, 2011).

Sobre este particular se han generado varias investigaciones que han manifestado la preocupación sobre el manejo de dichas medidas a lo interno del H.N.P. Román (1999) señalaba que para el año 1998 estaban internadas 35 personas con medidas curativas de seguridad, indicando la preocupación de que uno de los problemas que se genera por ello es que algunas de las personas bajo tratamiento, presentaban problemas de conducta como el ser “simuladores y sociópatas”. En tanto Cedeño y Oviedo (2004) comparten dicha preocupación ampliándola en su estudio, e indicando que en muchas ocasiones no se toma en cuenta si la persona que posee medida de seguridad curativa o cautelar presenta alguna patología psiquiátrica, lo que acarrea problemas al hospital como:

- Inadecuación en la seguridad hospitalaria para la contención de estos pacientes.
- Difícil manejo de estos usuarios para el personal que labora en el hospital.
- Comisión de nuevos delitos por parte de estos usuarios.

Otros de los elementos que identificaban los autores, era la necesidad de crear un centro para extraer esta población del H.N.P. Este hecho se ha solventado con la inauguración en el año 2011 del CAPEMCOL, paso importante en el afán de ayudar en la disminución de esta problemática social.

Cedeño y Oviedo (2004) plantean por otra parte que a nivel judicial se suma la falta de una adecuada y ágil revisión de dichas medidas. En este sentido el artículo 478 del C.P.P, establece en cuanto a las medidas de seguridad, que un tribunal revisará periódicamente cual es el estado de la medida solicitada. Además indica que puede fijar un plazo no mayor de seis meses entre cada examen con base a un informe previo. Se señala además que la decisión versará sobre la cesación o continuación de la medida y que en este último caso, cabe la posibilidad de ordenar la modificación del tratamiento. Se especifica que cuando el juez tenga conocimiento de que desaparecieron las causas que motivaron la internación, puede proceder a su sustitución o cancelación (Costa Rica, leyes y decretos, 2011).

Es importante destacar que uno de los momentos que se pueden prestar para mayor confusión, es aquel en que se solicita ayudar con un psicodiagnóstico que pueda arrojar luz sobre elementos que puedan ayudar a determinar inimputabilidad, , máxime si el mismo Poder Judicial cuenta con oficinas especializadas para ello. En estos casos si bien podría existir un debate legal e institucional, mismo que se ve aumentado con la creación del CAPEMCOL ya que es a este centro donde en la actualidad se dirigen este tipo de consultas, a nivel de los profesionales en psicología debe existir una concientización de las diferencias de rol, ya que se requiere responder a una pregunta jurídica. Por ello se busca generar algunos insumos que puedan ayudar a ampliar estos aspectos teniendo claro que es difícil establecer una frontera definitiva y rígida entre lo clínico y lo forense, sobre todo cuando en un centro confluye el psicodiagnóstico, y la psicoterapia (a diferencia del Poder Judicial donde el rol es eminente diagnóstico).

### ***1.5 Importancia clínica de la simulación.***

Lo planteado se orienta a ayudar a dilucidar elementos que en la práctica de la psicología clínica en el H.N.P y el CAPEMCOL son de importancia no solo para efectos de solicitudes judiciales, sino también trascender la visualización de fenómenos como la simulación de síntomas psicóticos, para efectos de generar procesos terapéuticos posteriores a la apreciación de la misma. Este sería uno de los grandes retos para el personal que debe realizar rehabilitación de estos sujetos, por cuando la simulación como tal tiene también una importancia clínica, ya que además de la “disimulación” de problemas, que es lo más usual en estos contextos hospitalarios, la “simulación” habla sobre la patología de la persona y en muchos casos va más allá de la comisión de delitos, reflejando dinámicas del mundo interno de la persona, de su sufrimiento, la forma de cómo expresarlo así como la configuración que realiza respecto a la percepción del mundo y su vinculación con el medio social que lo rodea. Estos merecen una reflexión en un centro de salud mental ya que tratar de entender el cuadro patológico del usuario es una tarea que debe trascender elementos descriptivos o diagnósticos. La significación clínica que ello conlleva es importante para analizar las posibilidades de avance del usuario y que este

tenga algunas herramientas para tratar de configurar su mundo interno con fines adaptativos en la medida de sus posibilidades.

Si bien no se puede determinar por las características de este fenómeno cual será el rumbo y las posibilidades de recuperación que puede tener la persona, lo que sí debe quedar claro es que la actuación profesional de quien se enfrenta a este tipo de dinámicas debe ser de comprensión, pero al mismo tiempo de concientización al usuario sobre los hechos que ha detectado para que así las personas puedan re-construir su subjetividad y sus relaciones sociales de forma diferente, entendiendo a su vez qué tipo de necesidades internas lo han llevado a generar procesos de simulación. La estigmatización y un diagnóstico sin utilidades clínicas para el usuario, lo que generarían es una práctica estéril y que contribuiría a la cronificación de sus problemas, sumando riesgos a su incorporación social.

Es entendible que la problemática no sea fácil de abordar y que pueda generar resistencias del profesional que deba evaluar y tratar el caso, por estas circunstancias es de vital interés que se conozca a profundidad sobre el tema y las dinámicas que puede generar en cuanto a procedimientos evaluativos, de relación terapéutica e informe de resultados. Estos elementos generan que los y las profesionales en psicología tengan la necesidad de instrumentarse no solo de herramientas, sino también de procesos y metodologías que le ayuden a valorar la simulación de síntomas psicóticos no solo para responder a entes institucionales, sino también a los usuarios que utilizan los servicios de salud mental. Para ello se requiere superar paradigmas y estereotipos de las personas que simulan sintomatologías, e ir más allá de las concepciones tradicionales de evaluación, debido a las características especiales de estas personas, sea que estén o no inmersas en un proceso judicial, aunque este último hecho por su particularidad requiere especial cuidado y rigurosidad.

### ***1.6. Aspectos que persigue el presente trabajo.***

Se espera que los diversos aspectos introductorios citados, sirvan para tener un panorama general y básico, de las particularidades que enfrenta al profesional en psicología al realizar una evaluación psicodiagnóstica por un pedido judicial.

Así, se debe tener claro como punto de partida cual es el requerimiento y cuáles son las potestades y limitaciones que se poseen para cumplirlo. Paralelo a ello están los objetivos que se persiguen, viéndose como varían según la institución donde se realice.

En el contexto de la salud mental, lugar en que se circunscribe el H.N.P y más específicamente el CAPEMCOL, es prioritario tener claro que por sus condiciones actuales, a pesar de que se pueden traslapar en ocasiones lo clínico con lo forense, su norte es la rehabilitación en psicosocial. A diferencia de otras instancias en que se persigue solo responder a una pregunta legal, sin incursionar en la rehabilitación, en el CAPEMCOL se realizan ambas tareas, motivo por el cual se debe tener toda la rigurosidad cuando se ayuda a determinar simulación de síntomas psicóticos, pero además se debe prestar atención al valor clínico de esa simulación.

Este trabajo aspira a brindar elementos para ayudar a determinar simulación de síntomas psicóticos en la evaluación psicológica, indicando aspectos básicos de diagnóstico diferencial y señalando herramientas psicodiagnósticas para su detección, sin perder de vista que el fenómeno mismo de la simulación, sobre todo en el campo de la salud, tiene importancia clínica que puede utilizarse con fines terapéuticos y que ello no debe ser obviado por los profesionales que la evalúan.

## **CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL.**

### ***2.1 Simulación: Definición Conceptual.***

El origen etimológico de la palabra “Simulación” proviene de la raíz latina “Simulare”, que significa hacer similar o dar aspecto y semejanza a lo no verdadero (Coronel, 1989). Simular es por tanto provocar una creencia de un estado no real.

Tombaugh por su parte (2011) cita a Nies y Sweet (1994) quienes señalan que este término se utilizaba en ambientes militares para describir a soldados que evadían su deber fingiendo estar enfermos.

Partiendo desde estos elementos básicos, se puede indicar que es claramente diferenciable la simulación de lo que se conoce como un engaño automático, que sería utilizado por los animales para despistar enemigos o presas. Lo que se estimará en adelante como simulación corresponde a un tipo de engaño que se puede describir por su flexibilidad y posibilidad de adaptarse ante una situación y las características de quien se quiere engañar (Barón, 2008).

Otros autores lo destacan como un hecho en el que existe un control consciente sobre la producción de síntomas falsos (Raine, 2009); o una manifestación consciente falsa, con un determinado fin mediante el engaño de otros, en la cual una característica esencial es la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados para alcanzar un fin (González, 2005).

El término “simulación” al conceptualizarse a nivel psicológico presenta variados matices por la heterogeneidad de sus variantes que se pueden rastrear a nivel del lenguaje, según lo señalado por Inda, Lemos, López y Alonso (2005). Por ejemplo el término puede aludir a actitudes de encubrimiento (en el inglés británico *dissimulation* o *deception*); fingimiento o engaño (inglés americano, *faking*), o bien por la invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico (*malingering*). Otra vertiente señalada por los

autores sería el de una incapacidad por accidente o enfermedad, no causantes de esta y de la que se podría derivar ventajas personales.

Hernández (2011) resume la concepción clínica de simulación como el intento de mentir o engañar deliberadamente acerca una enfermedad o discapacidad, procurando un beneficio personal ya sea económico o bien para eximirse de deberes y obligaciones, sobre todo del tipo legal. El autor asevera que el término se incorpora como entidad clínica en el Manual Diagnóstico de y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su III versión en 1980 y actualmente en su cuarta versión (DSM IV TR; Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2000), se le incluye en la sección denominada “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica” el cual se presenta principalmente en contextos médico-legales en los cuales generalmente se presentan discrepancia entre el estrés o la alteración explicados por la persona, los datos objetivos de la exploración médica, la falta de cooperación durante la valoración diagnóstica así como el incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito. El DSM IV además indica la presencia de trastorno antisocial de la personalidad, elemento polémico que continúan generando confusión y que requieren aclaración como se pretende desarrollar en secciones posteriores del presente trabajo.

Widows y Smith (2005) indican que uno de los elementos importantes a tener en cuenta cuando se incorpora el término en las citadas condiciones, es que se le empieza a dejar de considerar como un trastorno mental. A esto se agregaría el dejar de lado ciertos mitos o falacias que se ha manejado respecto a la simulación, como las que nos ilustra Rogers (2008) el cual nos señala entre otras, el que la simulación sea un hecho muy raro, que su búsqueda genere estilos de respuesta estática o muy predecibles, que conductas de encubrimientos sean una prueba ineludible de simulación. También acota como mitos que la simulación se oponga a trastornos genuinos (ya que puede ser parte de ellos pero también puede ir más allá del producto de la patología, es decir no sería un fenómeno de “punta del iceberg” de un trastorno), o bien que sea efecto exclusivo de un acto antisocial por una persona antisocial. En este último caso reviste especial cuidado caer en una generalización de este tipo ya que como se verá, sus dinámicas son más complejas que el simple resultado de un trastorno.

A pesar de las anteriores clasificaciones y desarrollos, se considera en la actualidad que las investigaciones de Richard Rogers sobre simulación generan uno de los acercamientos más estructurados al fenómeno y categorizaciones de la simulación, por lo que se desarrollan postulados del citado autor para poder visualizar la aproximación que él junto con otros investigadores realizan y que derivaron en uno de los instrumentos de mayor validez reportados por la literatura, que son utilizados en la actualidad para el estudio de este fenómeno, el Structures Interview of Report Symptoms (SIRS), o Entrevista Estructurada para Reporte de Síntomas.

### *2.1.1. La simulación según Richard Rogers.*

Rogers junto con Bagby y Dickens (1992) propusieron el SIRS como una herramienta para valorar la simulación. En las siguientes líneas se hará referencia ampliamente a los elementos teóricos en que se basa dicha construcción ya que se considera que esos insumos son esenciales para terminar de entender la dinámica de la simulación.

Se plantea que en contextos donde existe poca voluntariedad, existe una posibilidad de distorsiones deliberadas de la auto-representación, importante faceta que se debe tener en cuenta en las evaluaciones psicológicas. Por tal motivo Rogers (1984) planteó cuatro formas básicas de respuestas que considera se presentan en pacientes psiquiátricos:

- Respuestas de estilo fiable: refiriéndose a individuos que presentan síntomas de forma real, los reportan y rebelan de manera honesta.
- Respuestas de estilo irrelevantes: individuos comprometidos psicológicamente, pueden responder de manera inconsistente y en ocasiones, aleatoriamente. Lo anterior por elementos como falta de comprensión, desinterés, interferencias psicóticas, intentos de fingir confusión y otras motivaciones diversas.
- Actitud Defensiva: sujetos que de forma deliberada y muy acentuada niegan y minimizan síntomas físicos o psicológicos. La defensividad implicaría un proceso consciente de distorsión deliberada.
- Simulación: personas que deliberadamente fabrican o exageran gravemente sus síntomas sean estos físicos o psicológicos. Para los autores las metas externas de esta distinguirían a la simulación de los trastornos facticios, en el entendido de que,

si las metas externas son exclusivamente asumir un rol de paciente, esto respondería a un estilo facticio en tanto para las otras metas o cometidos, se constituiría en simulación. Pero los autores señalan que una distinción basada solamente en la motivación es muy difícil de aplicar.

Rogers recomienda también otros dos términos descriptivos, apropiados para tener en cuenta en lo que respecta a la motivación o el estilo de respuesta:

- -La disimulación: Un estilo de respuesta en sujetos que deliberadamente distorsionan o tergiversan sus síntomas, en los cuales a diferencia de los Defensivos y los Simuladores, esa distorsión no aparecen encajar en un patrón coherente. En un apartado posterior se brindaran otros elementos para ampliar la diferenciación entre términos.
- -Falta de fiabilidad: se constituiría en una descripción generalizada de auto-reportes distorsionados. Son descripciones inexactas aunque las razones de esa inexactud no puede ser conocida sin que esto permita realizar juicios respecto a la intencionalidad de la persona respecto a estas distorsiones, es decir no se podría afirmar sobre la intención deliberada de hacerlo.

Por otra parte el autor en posteriores escritos brinda un recuento sobre modelos de simulación que se consideran de importancia para el presente trabajo. Rogers describe tres modelos explicativos de la simulación:

***Cuadro 2: Modelos de simulación según Rogers.***

<b>Tipo de Modelo</b>	<b>Características esenciales:</b>
<b>Patogénico</b> (patología subyacente)	Se relaciona a la simulación con procesos inconscientes que podrían manifestarse en deterioro futuro e incluso un genuino desorden mental.
<b>Criminológico</b>	Existe núcleo de personalidad psicopática en la simulación y estos serían los mayores sospechosos de simulación. Los defensores de este modelo poseen la tendencia de ver a los simuladores y a los disimuladores como personas patológicas o desorientadas.

<b>Adaptacional</b>	La simulación sería un intento constructivo de responder a circunstancias adversariales; por lo que la decisión de simular estaría basada en una expectativa utilitaria en relación a otras alternativas. Los precursores de esta idea evitan cualquier énfasis de elementos psicodinámicos o la acentuación de aspectos antisociales al conceptualizar la simulación.
---------------------	--

**Cuadro 2: Basado en Rogers (1984, 1988, 2008)**

Continuando con Rogers (citado por Rogers et al 1992), este propone criterios específicos para la clasificación de la simulación que incluiría un patrón de síntomas auto-reportados evidenciados en entrevistas de auto-reporte o colaterales en la que la motivación individual para fingir no era exclusivamente el deseo de ser un paciente. De esta manera se puede aseverar según Matalobos y Gonzales (2007) que el modelo adaptacional de Rogers sobre la simulación versa sobre un análisis de resultados coste-beneficios, el cual se presentaría ante situaciones con gran relevancia personal.

Para autores como Jiménez y Sánchez (2004) las personas habitualmente simulan síntomas aislados y de corta duración como la falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos e hipocondrías, siendo raro encontrarse con simuladores que intentan simular un síndrome completo ya que desconocen la coherencia de este. Por lo anterior, suele encontrarse una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas de varias enfermedades por lo que precisamente esta falta de coherencia sintomatológica, sería uno de los elementos para llegar a descubrir la simulación.

Se continúa indicando que el simulador puede adoptar una actitud pasiva y de inhibición comportamental, negándose a realizar cualquier actividad alegando enfermedad, llevando al extremo esta pasividad hasta poderse encontrar con simuladores “catatónicos” que adoptan una postura de “mimo paralizado” para simular su enfermedad por ejemplo. Asimismo el simulador activo puede manifestar cualquier tipo de actividad desproporcionada, desordenada e incoherente por medio de gritos, gestos bruscos, agresiones, comportamientos ridículos, gesticulaciones extravagantes e incluso llegar a brindar contestaciones absurdas e ilógicas.

### 2.1.2. Clasificaciones de la simulación.

Ribe, Martí y Pons (1990) en un recuento histórico señalan que el estudio de la simulación se remonta a Tardieu (1872) quien estudió el fenómeno en un contexto médico-legal. Le continuaron Krafft-Ebing (1885), Ingenieros (1903), Babinski (1913), Nájera (1930) y Capellá (1960) quien además produciría un test psicodiagnóstico de la simulación de la locura.

Se han realizado propuestas a partir de entonces para clasificar tipos de simulación, que sirven para tener un acercamiento al fenómeno aunque no están exentas de crítica ni de reformulación constante. Por ejemplo Arce (2006) quien realiza un estudio detallado del tema y que se citará ampliamente en el presente trabajo (del cual además se recomienda una lectura pormenorizada de su valiosa investigación) se remonta a Porot en 1921 quien ofreció una clasificación de simulación en el campo de los síndromes mentales que se cita a continuación:

- Simulación mental total o verdadera. En esta quien simula es absolutamente consciente al fingir determinado trastorno, haciéndolo con el fin de alcanzar ciertos beneficios preestablecidos previamente se ha propuesto. Estos se identificarían por síntomas absurdos o estructuras sindrómicas incoherentes.
- Sobresimulación. En esta categoría se exagerarían anomalías o trastornos psíquicos que verdaderamente son padecidos por la persona, por lo que bajo este tipo de simulación se generaría la hipótesis de que se escondería tras este tipo de simulación una personalidad anómala o patológica.
- Metasimulación. En esta variante el simulador se valdría de conocimientos que tiene sobre la simulación pero originados en enfermedades que ha padecido previamente buscándose a su vez obtener beneficios.

Posteriormente este mismo autor (Porot, 1977) se abocaría a describir con base a la personalidad del simulador y la actitud que presenta, una descripción de lo que él llamó “tipologías de simuladores”, a saber:

- Simuladores pasivos. Aquellos quienes simulan sobre todo defectos funcionales y tiende a adquirir actitudes negativistas de inhibición.
- Simuladores activos. Serían por el contrario quienes crean y mantienen su sintomatología con procesos conductuales activos como el provocarse lesiones o fingir padecimientos físicos.
- Simuladores absurdos. Serían aquel tipo de individuos que simulan trastornos mentales mediante la adopción de conductas extravagantes con síntomas absurdos.

Arce (2006) continua citando concepciones clásicas de simulación al mencionar que Vallejo-Nájera (1930) diferenció, en función de la personalidad del simulador, entre aquellos que serían “ocasionales” y los “perpetuos o permanentes”, entre los que, aparece un mayor porcentaje de anomalías psíquicas o psicológicas que conformarían la base de su tendencia a la simulación. Para el grupo de los simuladores permanentes Vallejo-Nájera estableció la siguiente tipología:

- Simulador inculto. En el cual se destacaría su baja inteligencia.
- Simulador sugestionable. Con personalidad psicopática, fuertes sentimientos de inseguridad que simula como forma de afrontar dificultades.
- Simulador paranoide. Aquellos quienes sobreestiman su personalidad, lo que les impide reconocer situaciones de inferioridad.
- Simulador histérico. La enfermedad sería un modo de pedir atención, y en la cual sería difícil distinguir entre elementos conscientes e inconscientes.
- Simulador mitómano o fabulador. Respondería a un afán de generar admiración y asombro para satisfacer vanidades personales.
- Simulador emotivo. Sujeto tímido y cobarde que simularía por temor al ridículo.
- Simulador amoral. Buscaría obtener recompensas económicas por un seguro o evadir responsabilidades legales.
- Simulador profesional. Sujetos para quienes la simulación es un medio para obtener ventajas de las personas.

Ampliando su análisis a otras y más desde la perspectiva de implicaciones cognitivas, Utitz (1950) diferenció según los autores entre “autosimulación” que consistiría

en el proceso por el cual el individuo que finge una enfermedad, se autoconvence de su autenticidad y presencia lo que podría generar el desarrollo de un auténtico trastorno. La “Disimulación” consistiría por otra parte en el ocultamiento, de forma consciente de aquellos síntomas que padece. Como se comentará el apartado de este concepto con otros, se apreciará que la disimulación consiste en otro polo y que al contrario de la simulación requiere de otro tipo de abordaje.

Otra concepción clásica de Lipman (1962) distinguía cuatro formas de simulación: Invención, Perseveración genuina, Exageración y Transferencia genuina. Resnick (1997) por su parte inicia una ampliación de las categorizaciones del término, al diferenciar entre:

- Simulación pura (pure malingering); que se refiere a la fabricación completa de sintomatología; suele ser la más difícil de mantener debido a que el paciente no tiene “referentes sintomatológicos reales.
- Fingimiento de trastorno no existente así como simulación parcial (partial malingering), la más frecuente y se refiere a la exageración de sintomatología o discapacidad preexistente o la referencia al mantenimiento de síntomas que ya habían remitido.
- Exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado.
- 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.

Desarrollos más recientes como el realizado por Knoll y Resnick (2006) proponen las siguientes categorías:

- a) **Simulación pura:** cuando un sujeto finge un trastorno que no existe en absoluto.
- b) **Simulación parcial:** se tienen síntomas reales pero se exageran conscientemente o se alega falsamente que los síntomas previos genuinos todavía existen.
- c) **Imputación falsa:** atribución de los síntomas reales a una causa que la persona reconoce conscientemente que no está relacionada con los síntomas.

Otros elementos que recopila Arce (2006) como básicos se relacionan con las “finalidades” de la simulación. Mismos que tiene mayor relación a aspectos jurídicos, y de los cuales diferencia los siguientes tipos:

- Simulación defensiva. Se pretende evitar una condena o sanción.
- Simulación ofensiva. El objetivo es intentar dañar a otra persona mediante la atribución del origen del trastorno que se está fingiendo.
- Simulación exonerativa. El fin es la evitación de una obligación.
- Simulación lucrativa. Se pretende buscar y explotar la caridad de los demás.
- Simulación aduladora. Consistiría en la simulación de defectos o dolencias de maestros
- por parte de sus discípulos.
- Simulación ambiciosa. Similar a la anterior pero con el fin de obtener honor.
- Simulación afectiva. Aquella basada en razones sentimentales o afectivas.

Por otra parte y respecto a la “naturaleza del fraude”, se diferenciarían varios tipos de enfermedades:

- Enfermedades provocadas. Aquella que es real, cuyos síntomas o lesiones tienen un origen intencionado para conseguir determinados fines.
- Enfermedad alegada. Se informa de una sintomatología de la cual no existe manifestación objetiva.
- Enfermedad imitada. Se imitan síntomas o características externas de un padecimiento.
- Enfermedad exagerada. Se exageran síntomas que se ha padecido anteriormente.
- Enfermedad imputada. La enfermedad existe realmente, pero se procura falsear su origen.
- Enfermedad disimulada. Se trata de ocultar una patología existente

Tombaugh (2011) también señala referente al rendimiento en pruebas, que la diversidad etiológica en cuanto a razones que pueden generar un esfuerzo subóptimo en las

pruebas, ha generado que esto sea denominado de modo colectivo como “trastornos motivacionales”, y el autor reflexiona que desde este punto de vista, la simulación representaría un tipo de trastorno motivacional. Como se verá en posteriores apartados, este aspecto motivacional puede ser uno de los múltiples factores de la simulación, por lo que su descripción merece especial cuidado y una descripción adecuada para apreciar dicha complejidad.

### *2.1.3. Simulación y Psicosis.*

Este tema reviste variadas e interesantes aristas por la importancia que posee para los procesos legales y el destino de imputados en nuestra legislación. Como primer punto es importante antes de adentrarse en este apartado, dejar de lado concepciones moralistas o estigmatizantes de lo que implica la simulación, ya que como se ha venido desarrollando, ciertos tipos de creencias pueden distorsionar el entendimiento de estas dinámicas y obstaculizar su comprensión. Para entender mejor estos aspectos, se citará de forma extensa a Hamilton, Fedman y Cunnien (2008) quienes nos brindan ejemplos detallados e ilustrativos que sentarán las bases para un entendimiento diferente de lo que implica la simulación de la psicosis.

Un primer ejemplo de ello es que se ha encontrado que personas con esquizofrenia, han demostrado la capacidad de representarse como enfermos o sanos en función de sus objetivos (Braginsky y Braginsky, 1967, citados por Hamilton et al, 2008), pero esto difiere de la idea de que la simulación puede precipitar un desorden genuino, pensándose más bien que el tiempo y la práctica de simular pueden mejorar la capacidad para simular psicosis hasta poder incluso llegar a hacerla indetectable.

Las motivaciones para simular psicosis van desde sortear situaciones difíciles como evitar el dolor o consecuencias legales, hasta obtener indemnizaciones o incluso medicamentos tratando de obtener placer. Pero también se debe tener en cuenta que la simulación, puede ser una estrategia de afrontamiento adaptativo. Las circunstancias irían desde que una niña de 14 años finja alucinaciones para ser hospitalizada tratando de escapar del acoso sexual de su padrastro (Greenfeld, 1987); hasta ser utilizada la simulación como

una estrategia de afrontamiento ante estrés agudo o bien para recibir atención ante una incipiente y "legítima" psicosis (Hamilton, Fedman y Cunnien, 2008).

Pero a pesar de este tipo de salvedades y de las lecturas contextuales que se deben realizar de quienes se sospecha están simulando, existen diversas investigaciones que aportan elementos valiosos en cuanto a características distintivas de quienes tienen como fin primordial simular. Pollock (1998) citado por Hamilton et al (2008) comparó tres grupos de prisioneros de los cuales uno de ellos era genuinamente psicóticos, otros eran simuladores psicóticos y el tercer grupo estaba constituido por simuladores con antecedentes psicóticos anteriores. La investigación constó de 40 preguntas detalladas sobre las alucinaciones. El investigador encontró que los prisioneros que engañaban sobre su psicosis eran más propensos a presentar las siguientes características:

- Presentaban las alucinaciones de forma vaga e incomprensible; utilizaban pocas palabras y las describían como si se presentaran de forma continua con incluso más de una hora de duración
  - Referían un deterioro incontrolable e insoportable de las mismas.
  - Referían alucinaciones que brindaban órdenes con mayor frecuencia, a las cuales obedecían en relación a la comisión de delitos.
  - Se refería una ausencia relativa de otros síntomas psicóticos como lo son ideas delirantes.
  - Se recolectaron relatos con características de las alucinaciones fingidas, en los cuales las personas que presentaban alucinaciones atípicas (por ejemplo presencia de alucinaciones en otras modalidades sensoriales). Esto se pueden considerar "síntomas raros" ya que las alucinaciones olfativas y táctiles son poco frecuentes, excepto cuando se asocia con causas médicas específicas. En todos los diagnósticos referidos por los autores, las alucinaciones olfativas, en particular, se asociaron significativamente con engaños.

Otros fenómenos trabajados fueron la co-ocurrencia, por ejemplo el hecho de que las alucinaciones son generalmente asociadas con delirios (88%). También el que la

frecuencia de las alucinaciones genuinas tienen una mayor propensión a ser intermitentes en lugar de continuas (Goodwin, Anderson, y Rosenthal, 1971; Nayani y David, 1996; Pollack, 1998, citados por Hamilton et al, 2008).

También importante fue el tema de la respuesta al tratamiento, ya que la mejora inmediata es poco probable y por ende, se debe sospechar simulación en los casos que esto se presente, ya que el tiempo promedio para alcanzar mejoría de alucinaciones, tratado con medicación antipsicótica es de 27 días, por ejemplo (Gundez-Bruce et al, 2005).

Respecto a las alucinaciones auditivas, el mencionado autor cita a Goodwin y sus colegas (1971) quienes realizaron un estudio clásico acerca de la fenomenología genuina del síntoma, con 116 pacientes que alucinaban en esa modalidad sensorial. La mayoría de sujetos investigados escuchaba voces de ambos sexos (75%) así como voces de personas tanto conocidas como desconocidas (88%). Contrario a estas características genuinas, las alucinaciones auditivas son raramente vagas (7%), inaudibles, o con mensajes poco claros. También se ha sugerido que pacientes psicóticos escuchan voces, tanto interna como externamente.

Por otra parte las alucinaciones auditivas originales se suelen caracterizar por una amplia gama de intensidad que puede ir de susurros a gritos. En contraste, los simuladores pueden reportar alucinaciones auditivas que son inverosímiles o en un tono altisonante (Pollock, 1998).

Los temas principales de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia suelen ser sobre aspectos persecutorios, con voces que suelen ser amenazantes, obscenas, acusatorias e insultantes (Sadock y Sadock, 2003 citados por Hamilton et al, 2008). Las Alucinaciones en la esquizofrenia suelen además ser ego-distónicas, con comentarios despectivos sobre el que las padece, siendo que el contenido negativo también puede extenderse a la sexualidad. Hamilton et al (2008) citando a Nayani y David (1996) menciona que las alucinaciones pueden también experimentarse como insulto; en el caso de las mujeres de forma inmoral (por ejemplo, "puta") y en el caso de los hombres como referidos a su masculinidad ("gay" por ejemplo). Estas voces no serían tan susceptibles de ser simuladas o inventadas, ya que su contenido es usualmente estigmatizante. Por otra parte algunas

alucinaciones son poco frecuentes en pacientes psicóticos pero son más apreciables en personas con patología cerebral, como lo serían alucinaciones con contenido musical.

En las alucinaciones visuales, quienes realmente las padecen las describen de tamaño normal, en las cuales suelen ver a las personas en color, siendo que en raras ocasiones las alucinaciones son de personas pequeñas conocidas como "alucinaciones liliputienses", ya que estas se asocian especialmente con el uso de alcohol, enfermedades orgánicas (Cohen, Alfonso, y Haque, 1994) o psicosis tóxica por toxicidad anticolinérgica. A diferencia de lo anterior, los verdaderos pacientes esquizofrénicos, rara vez presentan este tipo de "alucinaciones liliputienses".

Las alucinaciones visuales reales no suelen cambiar si los ojos están cerrados o abiertos, en tanto las alucinaciones inducidas por drogas parecieran ser más fáciles de ver con los ojos cerrados o en una zona más oscura. Por otra parte alucinaciones sin forma, como lo serían destellos de luz, sombras u otros objetos en movimiento, son típicamente asociados con enfermedades neurológicas y abuso de sustancias (Cummings y Miller, 1987; Mitchell & Vierkant, 1991 citados por Hamilton 2008). Las alucinaciones visuales que suelen ocurrir en personas mayores de 60 años son indicativos de patología ocular, especialmente las cataratas como lo refirieran Beck y Harris, (1994).

Quienes sufren realmente de esquizofrenia desarrollan una variedad de estrategias de afrontamiento para hacerles frente a las alucinaciones, ya que dichas actividades tienden a disminuir cuando las personas se distraen con otras actividades. Por otra parte la intensificación de las mismas se presentaban cuando las personas se encontraban solas (Nayani y David, 1996) y las voces empeoraban con el uso de la radio y la televisión (Leudar et al., 1997), sobre todo de los noticiarios.

Existen otros tipos de alucinaciones que el citado Hamilton et al (2008) describen como distintivas y merecedoras de atención, pero que pertenecen a dinámicas diferentes de la esquizofrenia. Entre ellas se citará en primera instancia las que se relacionan con el alcohol. A estas, luego del cese del consumo, se les describe como muy vívidas, siendo las auditivas las más comunes pero con una probabilidad de ruido, música o voces ininteligibles mayor a las de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas de un trastorno

psicótico inducido por el alcohol suelen difamar, realizar reclamos o amenazas con una duración general de una semana o menos. Los temas de las alucinaciones auditivas alcohólicas serían en su mayor parte espirituales, de persecución relativas a instrucciones de asuntos cotidianos. Quienes las padecen pueden reconocer posteriormente su irrealdad y se pueden asustar por ellas, en tanto personas con esquizofrenia a menudo se sienten menos incómodas con su presencia en el transcurso de su enfermedad.

Alucinaciones por trastornos médicos generales o neurológico se pueden distinguir de la esquizofrenia, por la mayor prevalencia de alucinaciones visuales y la menor prevalencia de trastornos del pensamiento, comportamiento extraño, síntomas negativos y habla rápida (Cornelius et al., 1991). Las alucinaciones táctiles se ven con frecuencia en la psicosis inducida por la cocaína, e implican sensaciones de irritación cutánea o subcutánea.

Ciertos síndromes neurológicos pueden producir alucinaciones visuales complejas cuyas causas más comunes son trastornos epilépticos, lesiones del tronco cerebral y lesiones de las vías ópticas. Por ejemplo la alucinación cenestésica (sensaciones infundadas de los estados alterados en órganos corporales) son de naturaleza extraña, lo que la convierte en una modalidad poco probable de fingirse.

Otro tema de importancia en este apartado son los delirios, ya que como se ha descrito, van aparejados a las alucinaciones y otros trastornos de pensamientos en los cuadros genuinos de psicosis. La mayoría de los delirios involucran temas como la enfermedad (delirios somáticos), grandiosidad, celos, amor (erotomanía), persecución, la religión y el ser poseído. Los sistemas delirantes reflejarán usualmente el nivel de inteligencia del individuo en términos de complejidad y sofisticación. La literatura tiende a establecer que los delirios de tipo nihilista se asocian más con la pobreza y la enfermedad, en tanto los que se relacionan con culpa se observarían con mayor frecuencia en la depresión. Por otra parte, cuando se hallan presentes niveles superiores de retraso psicomotor, culpa, sentimientos de inutilidad, y el aumento de ideación suicida, esto evidencia una mayor tendencia a la psicosis, en comparación con la depresión no psicótica (Thakur, Hays, Ranga, & Krishnan, 1999, citados por Hamilton et al, 2008).

Los delirios de contenido técnico (chips de computadora, teléfonos, telepatía) se presentan con una frecuencia mayor (siete veces) en hombres que en mujeres; y para los delirios genuinos, el contenido más extraño se asocia con un pensamiento más desorganizado.

Los delirios apreciables en la demencia de Alzheimer involucran creencias paranoides sobre los cuidadores, robar o ser engañados; en tanto otros delirios de esta enfermedad también se asociaron significativamente con la depresión, la anosognosia (falta de conciencia de enfermedad), la agresión abierta y agitación.

La “Simulación de mutismo” también ha tenido una larga relación histórica con el tema de la competencia para ser juzgado o la inimputabilidad. La literatura refiere que puede presentarse como un síntoma solitario o como parte de una psicosis simulada. Mientras que el mutismo genuino puede ocurrir en personas con o sin catatonia, el mutismo con estupor catatónico se reconoce por la presencia de posturas, negativismo, obediencia automática, flexibilidad cérea y otras características típicas de la esquizofrenia. Por su parte el mutismo sin catatonia se puede observar en esquizofrénicos paranoides que no desean comunicarse por su desconfianza, o también se puede ver en pacientes con esquizofrenia crónica que se han aislado por largos periodos de tiempo. Por otra parte etiologías médicas incluirían enfermedades neurológicas como lesiones en la cabeza, encefalitis por herpes, sífilis terciaria, lesiones del lóbulo frontal, estados postictal, mutismo acinético y encefalopatía de Wernicke (Altshuler et al., 1986, citados por Hamilton et al, 2008)

Otros indicadores clínicos de la simulación de la psicosis que refieren los autores son: el conocimiento inadecuado o incompleto de los trastornos que están fingiendo, la tendencia a actuar un menor número de síntomas y el creer que cuanto más extraño el comportamiento más convincente será la demostración de la supuesta psicosis.

Asimismo los síntomas de los trastornos formales del pensamiento que se presentan en la psicosis, como lo son el descarrilamiento, los neologismos y las “ensalada de palabras” rara vez tienden a ser simuladas. Lo mismo ocurre con la perseverancia, que tendería a sugerir más a una patología cerebral que a un simulador bien preparado. Además

es poco probable que los simuladores imiten signos sutiles de la esquizofrenia como los serían los síntomas negativos, que incluyen aplanamiento afectivo, alogia, abulia. Por el contrario se vería una tendencia a simular los síntomas positivos (alucinaciones y delirios). Además los síntomas simulados podrían no encajar en ninguna categoría diagnóstica conocida.

Para Resnick y Knoll 2008, la simulación debe ser cuidadosamente considerada cuando una persona alega un impulso repentino o irresistible de tipo obsesivo por ejemplo. Si el acusado de un proceso niega tener conocimiento previo de un impulso de este tipo, debe sospecharse simulación, ya que es extremadamente improbable que un impulso pueda ser incontrolable en su primera aparición, sobre todo en el caso de las obsesiones, ya que aquellas que son genuinas se caracterizan por la persistencia patológica de un pensamiento o sentimiento que se experimenta como ego-distónica.

Para Granacher y Berry (2008), los simuladores pueden presentarse con una variedad de quejas fingidas, para las cuales habría básicamente 3 formas:

- Las presentaciones de falsas señales, síntomas cognitivos o neuropsicológicos;
- La presentación de falsos signos y síntomas psiquiátricos
- La presentación de falsos signos y síntomas somáticos.

Para ello los simuladores echarían mano de las siguientes estratagemas:

***Cuadro 3: Estrategias usadas por simuladores.***

<i>Estrategias</i>	<i>Características</i>
Síntomas “realistas”	Se utiliza “sentido común” para simular lo que se cree, es deterioro cognitivo de personas con discapacidad psiquiátrica
Distribución	Se cometen errores deliberados en evaluación; cognitivamente se

errores.	presenta deterioro extremo, no compatible a patologías reales
Protesta de tareas	Alegando dificultad, fingiendo confusión, frustración, enojo o emociones contrapuestas a una cooperación razonable y adecuada
<i>Estrategias</i>	<i>Características</i>
Limitado uso capacidad real	La velocidad del pensamiento y esfuerzo que se puede brindar disminuye deliberadamente.
Empleo de estilo errante a nivel afectivo.	Los simuladores pueden emplear cambios afectivos como parte de su estrategia de simulación. La depresión o el trastorno de estrés postraumático pueden ser comunes en este ámbito, siendo las presentaciones de síntomas físicos un desafío diagnóstico particular.

**Cuadro 3: Tomado de Granacher y Berry (2008)**

Para finalizar la presente sección y a manera de recapitulación, se citarán algunos aspectos que otros autores también citan como elementos importantes a tener en cuenta cuando se sospecha simulación de psicosis. Se iniciará con Rogers (2008) quien presenta de forma extensa las siguientes recomendaciones a profesionales en el campo de la salud mental, para valorar integralmente trastornos mentales fingidos:

- Los síntomas raros son el "caballo de batalla" para detectar simulación de trastornos mentales. Para ello recomienda adoptar un enfoque multimodal de pruebas psicológicas que utilice por ejemplo el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota [MMPI-2] la escala (Fp) (ver apartado 2.4.1); así como basarse en entrevista estructuradas para detectar simulación como el SIRS (escala RS) (ver apartado 2.5.3)..
- Refiere que la estrategia de apreciar síntomas extraños seguirá siendo popular, basada más en la tradición que la precisión de la clasificación clínica. Por lo anterior y aunque esta estrategia funciona para detectar ciertos síntomas y patrones de conducta, se debe profundizar con estrategias como la citada previamente.
- Los síntomas extremos o improbables son una forma dramática de representar sintomatología, por lo que para algunos simuladores puede ser absurdo intentar tratar de llevarlos a cabo. El autor recomienda a quien deba detectar simulación, examinar los síntomas improbables o extremos como una prueba de fingimiento extrema.

- Se describe que estrategias como lo son las combinaciones de síntomas y los patrones espurios de psicopatología, ofrecen un enfoque sofisticado para fingir que se ocupa de las relaciones entre los síntomas y las características asociadas.
- Las estrategias de detección que incluyan el apreciar el "apoyo indiscriminado de síntomas" y "gravedad de los síntomas" es deseable para apreciar cuando se generan "efectos de gran tamaño" en la simulación de patologías psicóticas.
- Se refiere que las estrategias "Lo reportado vrs lo Observado" y los "Estereotipos erróneos" proporcionan nuevas perspectivas sobre la simulación. Estas se recomiendan para la práctica clínica por su consistencia y eficacia para detectar simuladores sofisticados.

Rogers cita además otros criterios para apoyarse en la detección de la simulación. Estas dos estrategias implicarían la observancia de síntomas reportados que difieren cualitativamente de la mayoría de los síntomas originales. Para ello sugiere la utilización de la escala de probabilidad de simulación (MPS; Silverton, 1999) en especial la llamada escala MAL para aproximar los síntomas genuinos, mientras que del SIRS recomienda el uso de los síntomas excesivamente especificados (OS) haciendo la salvedad de que estas estrategias deben utilizarse en calidad de auxiliar.

Una última recomendación del autor versa en el sentido de que profesionales de salud mental pueden evaluar eficazmente trastornos mentales fingidos y la psicopatología, pero que debido a que todas las medidas son vulnerables al fingimiento, una evaluación completa deben incluir estrategias múltiples de detección en las cuales se integren sus resultados.

#### *2.1.4 Simulación y Psicopatología.*

Un importante tema de discusión lo constituye el probar que una determinada psicopatología se asocia más al uso de la simulación, plano que se abordará en los primeros párrafos de este apartado, para posteriormente abarcar otro tema de no menor importancia, cual es el tipo de trastornos presentan mayor grado de simulación.

Se iniciará retomando una controversia generada por años cual consiste en la creencia de que presencia de trastorno de personalidad, como el antisocial podría

determinar un indicador inequívoco de potencial o predictor incluso de simulación, lo cual hasta la fecha no ha recibido suficiente apoyo empírico hasta el momento (Lilienfeld y Fowler, 2006; Vitacco, 2008, citados por Hernández 2011).

Al irse abandonando progresivamente los criterios unidimensionales del DSM a favor de criterios multidimensionales y multifacéticos más sofisticados que generan una comprensión diferente de la simulación, la postura de que ciertos trastornos determinarían la posibilidad del uso de simulación es superada y más bien la simulación se tiende ver más como una estrategia de afrontamiento que puede ser utilizada por cualquier persona en una situación de afrontamiento para enfrentar una situación aversiva para ellas, que por personas con determinadas patologías. Así es necesario separarse de la visión patologista de la simulación para caer en cuenta que es una dinámica que se define de mayor manera como la presentación intencional de síntomas para obtener un beneficio personal, pero no como un trastorno mental (APA, 2010).

Igualmente Hernández (2011) cita que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 1992) ya había señalado que la simulación se entiende como la producción intencional o el fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas motivadas por incentivos o estrés externos, debía ser codificada de acuerdo con los epígrafes Z76.5, enfermos fingidos (o simuladores conscientes), dentro del apartado específico de de “personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias”. Así la simulación no aparece codificada como trastorno mental específicamente en sistemas clasificatorios de patologías mentales por lo que, con mayor razón, ningún profesional deberían referirse a la misma como un trastorno mental o del comportamiento, sino como un estilo de conducta fraudulento centrado en el engaño sobre la enfermedad y la discapacidad.

Si bien antes del uso del Inventario Multifacético Personalidad Minnesota (MMPI) para inferir elementos de simulación, la mayoría de las evaluaciones de este tipo se basaba en métodos no probados para ello, esto generaba que las características de fingir fueron identificadas en poblaciones determinadas, como el síndrome de Ganser en muestras penitenciarias. En el caso de este síndrome que fue descrito como la necesidad de

explayarse en manifestaciones patológicas al sentirse escuchado, usando el malestar psíquico para reclamar atención (Sendín, 2007) o bien dando contestaciones incorrectas o ridículas a preguntas simples (Folks, 1995); se poseía una característica común, pero no necesariamente discriminativa para su diagnóstico, cuál era el pertenecer al ámbito correccional, pero precisamente el mal uso de una característica como esta, puede dar lugar a errores catastróficos, con falsos positivos que atentan contra clasificaciones precisas (Rogers; 2008).

Pese a estas consideraciones, en lo que sí parece existir un consenso es que son tanto el trastorno de estrés postraumático (en el que han realizado numerosos estudios como los de Morel, 2008; Matalba y González, 2007; Guriel y Fremouw, 2006 entre otros), el síndrome de daño cerebral post-traumático, la amnesia y la psicosis, los tipos de trastornos que suelen ser mayormente sujeto de simulación (Inda, Lemos, López y Alonso, 2005). En este sentido la psicosis se destacaría como la patología a simular más importante en cuanto a inimputabilidad en casos penales, siendo el resto de ellas más relacionadas a aspectos como indemnizaciones por aspectos laborales. Por otra parte la psicopatía como trastorno de personalidad y por características propias de su dinámica como su estilo de vida y la tendencia a la manipulación, sería una psicopatología que podría relacionarse en mayor medida con la tendencia a simular, así como otros trastornos que incluiría las personalidades límite y la esquizotípica (Mohino et al 2004), a pesar de que, para afirmar estas datos se requieren mayores esfuerzos investigativos.

Se plantea incluso que el trastorno histriónico de la personalidad sería un tipo de psicopatología en el que se podría presentar la simulación por diversos rasgos representativos como su falta de control conductual, la tendencia a la manipulación así como a la exageración consciente de molestias físicas o mentales para conseguir metas ya sea económicas, laborales o profesionales. Lo anterior contextualizado más en un trastorno de personalidad ya que una persona con otro tipo de condiciones menos patológicas no tendrían la tendencia a generar este tipo de procesos para forjarse ese tipo de ganancias.

### 2.1.5 *Simulación y otros conceptos relacionados.*

#### 2.1.5.1. Disimulación:

Existen términos que se prestan a confusión y requieren por tanto precisión, ya que los alcances evaluativos y terapéuticos pueden variar según el enfoque de cada uno de ellos. Por ejemplo en la “Disimulación” la persona en lugar de fabricar o exagerar síntomas, los atenúa junto a las conductas desviadas que presenta, ya que el poner en evidencia un estado “real” puede arruinar su autoimagen. La persona además de engañar a otros, se auto-engaña a sí misma con el fin de suprimir recuerdos comprometedores, reprimir anhelos, deseos y hábitos inaceptables para protegerse de los defectos de su personalidad (Othmer y Othmer, 1996).

En la disimulación se atenúan y ocultan aspectos existentes o que han estado presentes, para así no mostrar un estado real de las emociones y los hechos que resultan dolorosos e incómodos a nivel subjetivo. En la simulación por otra parte, ese estado que se pretende mostrar dista mucho de ser real y se aparentan dinámicas inexistentes, o bien se intensifican signos y síntomas tratando de mostrar cuadros patológicos completos que no están presentes en la vivencia actual del sujeto. Ya se pudo notar en la recopilación teórica realizada que algunos autores consideran que la simulación comprende la exacerbación de síntomas ya existentes o que en algún momento estuvieron presentes. A pesar de estas categorías de presentación de síntomas, para efectos de evaluación si se debe detener en cuenta que la disimulación es una antítesis de la simulación por lo que para efectos de este trabajo y a pesar de ser una dinámica merecedora de atención sobre todo en el ámbito clínico, se tomará en cuenta únicamente para describir diferencialmente a la simulación y sus diferentes tipos.

Por otra parte y ahondando en la idea presentada, Mohíno, Dolado, Arimany, Ortega-Monasterio, Cuquerella, Vilardell y Planchat (2004) estiman que generar simulación se requiere la voluntad consciente del engaño, la imitación de trastornos psicológicos y la finalidad de obtener un beneficio, en tanto lo inverso ocurre en la

disimulación ya que las mismas variables operarían pero mediando la imitación de fingir la ausencia de patología.

Las motivaciones son otro elemento esencial que ayudan a diferenciar los citados conceptos. Si bien como indica Lemos (2005) tanto el disimulo, la mentira implícita o el engaño deliberado forman parte de los escenarios en los que se desenvuelve el ser humano y transcurre la vida social humana, existen espacios que generarán características especiales de cada una de las dinámicas a valorar. Por ejemplo en la disimulación la persona se vale de esta estrategia para seguir funcionando sin enfrentar su realidad, en tanto el simulador inventa esa “realidad” para obtener otro tipo de fines muy concretos que van desde obtener una inimputabilidad, hasta la atenuación u obtención de beneficios judiciales traducibles todos ellos a evitar castigos y dolor para obtener compensaciones o placer.

#### 2.1.5.2. Trastorno facticio y fingimiento.

Uno de los mayores retos al procurar alcanzar un concepto claro de simulación consiste también en poder diferenciarlo de otras categorías diagnósticas existentes en los manuales de trastornos mentales ya que también se plantea la cuestión de si la simulación podría ser reflejo de algún trastorno mental. Por ejemplo en los Trastorno Facticios, la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo e intenta crear pruebas físicas de que él o un miembro de su familia tiene un trastorno grave, o han sido víctimas de un evento traumático.

El DSM IV continúa describiendo varios elementos distintivos de trastorno, como el hecho de que la producción intencionada de síntomas o signos ya sea físicos o psicológicos puede ser inventada, falsificada, autoinflinguida o ser una exageración o exacerbación de un trastorno físico pre-existente, pero en el cual no existen incentivos externos que justifiquen dichos síntomas. En la categoría de trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16) el objetivo de la persona sería asumir un papel de paciente pero que no es comprensible a la luz de sus circunstancias ambientales a diferencia de lo que ocurre en el caso de la simulación (A.P.A, 2002).

Lo que ayudaría a diferenciar a la simulación es de un trastorno facticio sería el hecho de que en este último se presenta: “Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (como evitar la responsabilidad legal como ocurre en el caso de la simulación) (A.P.A, 2002). Se menciona de igual manera en el citado texto que los simuladores podrían buscar una hospitalización produciéndose síntomas con el afán de buscar compensaciones o escapar de asuntos judiciales en cuyo caso las personas que simulan pueden “detener” los síntomas cuando estos ya no le son útiles; en tanto en el trastorno facticio la persona no es habitualmente consciente de la motivación que existe detrás de su conducta facticia y para la cual tampoco existen incentivos externos.

Otros términos que se asemejan y que requieren una distinción extra son los trastornos facticios y el fingimiento, para lo cual se presenta el siguiente cuadro comparativo con fines ilustrativos.

***Cuadro 4. Diferencias de la simulación con el trastorno facticio y el fingimiento.***

	Simulación	Trastorno Facticio	Fingimiento
Diferencias según el DSM IV	Producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos, desproporcionados o falsos motivados por incentivos externos (entre ellos escapar de una condena criminal)	"Producción intencionada o fingimiento" de los síntomas que está motivada por el deseo de asumir un "papel de enfermo"	Fabricación deliberada o exageración de los síntomas psicológicos o físicos sin ninguna suposición acerca de sus metas
	Producción intencional o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o	No aparece como	Se fingen síntomas de forma repetida y consistente en ausencia de un trastorno ,

Diferencias según el CIE 10	psicológicas motivadas por incentivos o estrés externo. Entre los motivos más frecuentes está la de eludir acciones de la justicia.	“Trastorno Facticio”, se ubica mayormente en el apartado de fingimiento y simulación ya descritos.	enfermedad o incapacidad mental confirmados. Trastorno caracterizado por buscar el papel de enfermo.
-----------------------------	---	--	--

**Cuadro 4. Tomado de DSM IV y CIE 10.**

Todas las categorizaciones anteriormente expuestas, merecen una revisión posterior con la posible publicación del DSM V, lo que nos llama a ver estas categorías como elementos dinámicos más que como realidades universales. Pero otro aspecto importante es tener en cuenta, como lo menciona Rogers (2008) que las pruebas psicológicas pueden ser utilizadas para establecer fingiendo, pero no simulación, ya que para definir este tipo de dinámicas se requieren instrumentos más específicos que se describirán posteriormente y que requieren mayor profundización.

Retomando el tema de las clasificaciones internacionales de enfermedades, en el DSM IV los casos de fingir intencional se organizan en el trastorno facticio (TF) y la simulación. El Trastorno Facticio se codifica en tres subtipos, conocidos como TF con signos y síntomas físicos (Trastornos Facticio físicos); TF con signos y síntomas psicológicos (Desórdenes Psicológicos Facticios) y TF con una mezcla de síntomas físicos y psicológicos. De forma reciente se ha generado otra categoría conocida como el “Trastorno Facticio por Poderes” (también llamado “Munchausen por Poder”) en la cual se reconoce una variante de conducta de enfermedad facticia en el que un cuidador crea o finge una enfermedad o lesión a una persona que se encuentra bajo su atención y cuidado.

Hernández (2011) también rescata esta última categorización indicando que la misma aparece en el DSM-IV (Trastorno facticio no especificado (F68.1), donde se instaura el citado “trastorno facticio por poderes”, pero además cita a Rosenberg (1987) quien indica que existe un índice de comorbilidad notable entre el trastorno facticio y el trastorno facticio por poderes, ya que entre el 10% y el 25% de las madres que tienen un trastorno

facticio por poderes, también presentan un verdadero trastorno facticio en sí mismas. En cada una de estas condiciones, la falsificación médica o psiquiátrica se presume que es intencional y con una motivación "interna", mientras que en la simulación los incentivos para el engaño se consideran más tangibles, instrumentales o externos (Hamilton et al, 2008).

Por otra parte en el T.F con predominio de signos y síntomas psicológicos, quienes lo manifiestan tienden a exteriorizar rasgos que se asemejan a los observados en el síndrome de Munchausen.

#### 2.1.5.3. Síndrome de Maunchansen.

Este último Síndrome, quien sería acuñado como tal por Asher (1951), fue descrito como una forma rara, arquetípico, e intratable de un desorden físico artificial. Para estos casos, la inducción de la enfermedad parece mantener un estilo de vida que gira en torno a las hospitalizaciones, cirugías, y las batallas polémicas con los médicos.

Folks (1995) contribuyendo al tema, establece que el Síndrome de Munchausen es la forma más grave y crónica de un trastorno facticio pero en la sub-categoría de predominio de signos y síntomas físicos (300.19), señalando como síntomas esenciales la pseudología fantástica y mentira patológica (con posibles rasgos antisociales), viajes constantes o "vagabundeo" así como el reporte de una enfermedad recurrente fingida o simulada; ubicando como posibles causas de esto las privaciones y los abusos en la niñez, así como experiencias tempranas en el sistema de salud producto de los cuales la persona haya percibido a este como un entorno más interesante y "nutricio" que su propio hogar. Hernández (2011) describe a este síndrome también como parte de un trastorno facticio, caracterizado por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente para asumir el papel de enfermo sin que implique la consecución de recompensas externas como cobro de indemnizaciones u obtención de bajas laborales de algún tipo, lo que le diferenciaría de la simulación.

#### 2.1.5.4. Trastornos Somatoformos.

Otros autores se suman a la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales entre la simulación con trastorno como el de Conversión y los Somatoformos (First, Frances y Pincus, 2006). En los sistemas nosológicos actuales, la calidad intencional de estos falsos “enfermos” se utiliza además como base para distinguir dichos trastornos de otros que podrían considerarse similares, como los son los trastornos somatomorfos (el trastorno somatomorfo indiferenciado y el no especificado, la somatización, trastornos de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal) así como de los síndromes somáticos funcionales (el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia). La distinción entre TF y la simulación por un lado; de los trastornos somatomorfos, por el otro es difícil hacer clínicamente y puede incluso no ser válido. Lo mismo puede decirse acerca de las diferencias entre el engaño interno versus externo motivado intencional. Pero aún con estas circunstancias se procederá a ilustrarlo para tener un panorama general del mismo.

Para Hernández (2011) los trastornos somatomorfos o somatoformes se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad o trastorno mental, o bien atribuirse directamente a los efectos del consumo de alguna sustancia (A.P.A., 1994). A diferencia de la simulación, la aparición de dichos síntomas físicos no es intencional por parte de quien lo padece aunque cause deterioro en diversas esferas tanto social, laboral y afectiva del sujeto.

En este contexto, la simulación diferenciaría de esta nosología porque estaría dirigida primordialmente a la obtención de recompensas externas como una baja laboral, el eximirse de deberes u obligaciones u obtención de indemnizaciones económicas; aunque ello puede implicar al mismo tiempo recompensas psicológicas (refuerzo y apoyo social, ser el centro de atención entre otras. Otra de las diferencias sería la intencionalidad atribuida al engaño, ya que mientras en la simulación y el trastorno facticio el intento de engaño es deliberado y dirigido a la obtención de un fin (siendo la persona consciente de lo que hace y lo que puede llegar a obtener a cambio); en los trastornos somatomorfos no existiría

deliberación consciente en el engaño y por ende no se llegaría a ejercerse un control voluntario sobre la sintomatología que se presenta.

Las conductas de simulación estarían acordes a una posibilidad de obtener un beneficio específico, siendo principalmente situacionales y con un mantenimiento dependiente de la obtención de dichas metas por lo que no existiría una problemática psicológica subyacente que explique su mantenimiento a medio o largo plazo; caso contrario de lo que ocurriría en los trastorno facticio y somatomorfos (Hernández, 2011).

#### 2.1.5.5. Falsificación.

Una última diferenciación se realizará con el concepto de falsificación. Esta en concordancia con el DSM IV, es aquella situación en la que se reemplazan hechos concretos por ficción, se sustituyen cadenas de recuerdos, sentimientos, pensamientos, reflexiones, conclusiones y respuestas por cadenas falsas como ocurre con los trastorno Disocial o Antisocial (Othmer y Othmer, 1996). El reemplazo o distorsión se diferenciaría de la creación e invención que ocurren en la simulación.

#### *2.1.6. Desventajas del pensamiento categórico respecto a las noseologías diagnósticas.*

Continuando con los razonamientos de Hamilton (2008), este cree que existen importantes inconvenientes clínicos si se piensa categóricamente sobre la división de ciertos trastornos como los que se describen en el presente capítulo, por lo que propone un modelo alternativo multidimensional de la conducta de enfermedad. Lo anterior lo justifica indicando que la mayor desventaja del pensamiento categórico deriva de que las categorías de trastornos relacionados con la conducta de enfermedad, se distinguen sobre la base de procesos psicológicos “mal entendidos” en lugar de sus características observables. Por ello la segregación de personas en distintas y excluyentes categorías produce el efecto no deseado de apartarles de estos procesos psicológicos.

Como ejemplo cita los trastornos somatomorfos y los síndromes somáticos funcionales, en los cuales los síntomas sin explicación médica se supone, reflejan el funcionamiento de los conflictos inconscientes o distorsiones cognitivas de las personas (Brown, 2004); siendo que los temas relacionados a las motivación de los mismos casi nunca se discuten y cuando se hace, por lo general se tratan como “referencias vacías” y desdeñadas a la categoría única de “ganancias secundarias”. Por otra parte los trastornos facticios y la simulación estarían definidos por procesos de motivación que suelen identificarse después de que han progresado a engaño de una enfermedad grave, siendo que el papel de los procesos cognitivos sutiles en torno a su desarrollo pocas veces es considerado. El autor finaliza indicando que el enfoque categórico de las distinciones clínicas del DSM limita la visualización de apreciar lo complejo de los procesos cognitivos y motivacionales que están inmersos en sus dinámicas.

La segunda desventaja relacionada con un enfoque de este tipo en el DSM se relacionaría a una demarcación artificial del trastorno facticio y la simulación. Esto por cuanto se limita el alcance de la simulación, haciendo hincapié en los intentos de evadir responsabilidades legales, evitar el trabajo o el servicio militar así como lograr ganancias financieras ilícitas. Este énfasis refuerza una asociación entre la simulación y el trastorno de personalidad antisocial. Dicho enfoque coloca al simulador en una posición claramente desfavorable cuya consecuencia es interesarse únicamente en descubrir a los simuladores, más que en comprenderlos.

Por lo anterior Hamiton et al (2008) propone dos nuevas formas de abordar los casos de conducta de una supuesta enfermedad excesiva que podría ayudar a evitar los problemas clínicos descritos anteriormente.

El primer enfoque sería aplicar un análisis funcional para los casos de la conducta de supuesta enfermedad excesivo que se basaría en analizar la hipótesis de que la dicha conducta sirva a uno o más propósitos en la vida de quien dice padecerlas. Si las funciones del comportamiento pueden determinarse, se puede comenzar a buscar los déficits que impiden que la persona alcance sus metas de una manera más sana y adaptativa. La principal ventaja de este enfoque sería que conduce al clínico a realizar las preguntas importantes que irían más allá a lo que se refiere al DSM-IVTR., lo que haría evidente que

no existe una demarcación tan “natural” entre los incentivos internos y externos, así como a un pensamiento categórico de las motivaciones de las personas. Por ello una distinción artificial entre la simulación y trastorno facticio no es tan útil clínicamente (aunque es importante, claro está, para los contextos médico-legales).

La segunda ventaja de la aplicación de un análisis funcional es que este enfoque permite la posibilidad de analizar que el papel de “enfermo” puede servir múltiples funciones en la vida de la persona. Los motivos asociados con la simulación puede operar simultáneamente con motivos típicamente asociados con trastorno facticio, por ello este enfoque funcional estimularía una búsqueda exhaustiva de todas las contingencias que puedan estar manteniendo la conducta de una enfermedad facticia.

Por último, el enfoque funcional sería útil para entender no sólo las funciones generadas por la conducta de enfermedad, sino también en la medida que el “papel de enfermo” interfiere con la adaptación social o laboral del paciente.

Si bien las definiciones del DSM IV de trastorno facticio y simulación no incluyen consideración alguna de la gravedad o cronicidad de los engaños de la enfermedad, o del grado en que dicha conducta interfiere con la capacidad de la persona para llevar una vida productiva, este “segundo enfoque” propuesto por Hamilton, et al (2008) pretende fomentar la atención al desarrollo de este tipo de repertorios conductuales con el paso del tiempo. Ello ya que se reflexiona que personas con un trastorno físico “simulado” despierte un día y decide simular una enfermedad, ya que es mucho más plausible que la conducta de una enfermedad excesiva surja en el contexto de experiencias no deseadas y que, con el papel de enfermo, la persona experimente reforzamiento. Estas experiencias de una persona con vulnerabilidades de su personalidad, pueden representar el inicio de un patrón de creciente de dependencia a conductas de enfermedad.

La simulación de acuerdo a la concatenación de ideas que se han ido desarrollando, no sería atribuible necesariamente a perturbaciones o enfermedades mentales aunque en el contexto de algunas de ellas se podrían generar elementos de esta para fines diversos. Más bien la dinámica de la simulación en un contexto de alcanzar algunos beneficios o evitar castigos se vería más relacionado a ciertos rasgos o trastornos de personalidad, aunque

algunos autores plantean que en la persona que miente o que simula sobre su condición mental, no necesariamente se presentan elementos psicopatológicos que los inclinen o determinen a falsear datos, aunque la mentira en sí puede emitirse interesadamente por cualquier ser humano ya sea con presencia de psicopatología o en ausencia de ella (Zazzali, 2007).

Se considera que las posturas expuestas de Rogers y otros investigadores complementan este tipo de observaciones y se recomienda a los lectores evitar posiciones patologizadoras de la simulación ya que se continuará observando a lo largo del trabajo que si bien puede expresar parte de una patología, la misma puede convertirse en una estrategia para enfrentar circunstancias, aunque sea una estrategia disfuncional. También la criminalización de la simulación es un hecho que se debe tratar de evitar ya que si bien este sería el interés de una intervención en el campo forense, lo que se pretende en este trabajo es apreciar una visión integradora que permita ver a la persona, sus dinámicas y motivaciones al momento de simular independientemente del uso que se le brinde a la información, aunque este último hecho por razones obvias es esencial para el evaluador y la fines de su informe.

Al fenómeno de la simulación se le debe agregar otros elementos importantes como el hecho de que dependiendo del contexto en que se evalúe, las consecuencias que generará serán muy diferentes. En un contexto clínico al detectar la simulación el foco de atención debe situarse en porqué existe la necesidad de realizar esta conducta, para así descubrir la motivación esencial y el sufrimiento subyacente a ese acto de simulación, junto con el estilo de personalidad que lo sustenta para tratar de trascender ese patrón de conductas patológico-disfuncional. Esto para generar esquemas más asertivos que brinden mejores estrategias de afrontamiento con su medio social. Básicamente se buscaría una configuración diferente desde un abordaje sin consecuencias aversivas pero sí realistas al usuario, aunque el mismo pueda sentir incomodidades personales por el cambio de formas de afrontamiento que debe realizar. En tanto en un contexto de evaluación forense la detección de la simulación obligaría a su reporte como aspecto de la dinámica de funcionamiento de la persona, lo que podría generarle la imposibilidad de alcanzar cierto

tipo de ganancias o bien una pérdida de beneficios obtenidos, aspectos que pueden resultar altamente negativos.

### 2.1.7. Incidencia y aproximaciones a un “perfil” de la simulación.

Otro tema importante pero de igual manera difícil de cuantificar es la incidencia de la simulación. Si bien se podría sospechar que el contexto forense sería en el que se presentaría una mayor ocurrencia de simulación, autores como González y Santamaría (2008) realizando una recopilación de autores, nos indican que no necesariamente es así como se aprecia a continuación:

- Alrededor de un 17,4% de prevalencia de la simulación de psicopatologías en el ámbito forense (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998).
- Entre un 20% y un 30% estaría relacionado según los investigadores con lesiones orgánicas de diversa índole (Less-Haley, 1997; Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002).
- Un 11% estaría referido a lesiones craneales (Martens, Donders y Millis, 2001).
- Alrededor de un 30% relacionado con la valoración de la discapacidad en lesiones corporales (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002).

A continuación y siguiendo a Hernández (2011), se señalarán un par de estudios en los cuales se brindaron datos por patología de la incidencia que tendría la simulación.

**Cuadro 5: Incidencia de simulación por patologías.**

Mittenberg et al	(2002)	*Capilla et al	(2009)
Trauma craneoencefálico (TCE) leve	38,5%	Esguince cervical	50%
Fibromialgia o fatiga crónica	34,7%	Fbromialgia/fatiga crónica	50%
Dolor o trastornos somatoformes	31,4%	Cervicalgia crónica	50%
Trastornos neurotóxicos	26,5%	Lumbalgia crónica	45%
Lesión accidente con electricidad	21,9%	Ansiedad y depresión	50%

Trastornos por depresión	14,9%		
Trastornos de ansiedad	13,5%		
Trastornos disociativos	10,5%		
Trastorno con base epiléptica	9,3%		
TCE moderado o severo	8,8%		
Demencia vascular	2,4%		

**Cuadro 5: Tomado de Hernández 2011, Mitrenberg et al 2002 y Capilla et al 2009.**

*\*Los valores presentados no son valores totales para este apartado.*

En los datos aportados por Mittenberg et al. (2002) se aprecia como los trastornos asociados al dolor crónico (fibromialgia, fatiga crónica, dolor o trastornos somatoformes) presentan los mayores índices de incidencia, representando más de la mitad de la incidencia de simulación por patologías (alrededor del 66%).

Por otra parte en Capilla, González y Santamaría (2009) quienes realizaron una encuesta similar a la de Mittenberg et al. (2002), a 161 expertos médicos, encontraron que las patologías susceptibles de simulación en los contextos médico-legales se relacionaban también en mayor medida con dolor crónico y trastornos emocionales.

Se puede apreciar que en contextos médico-legales, los patrones de simulación se relacionan más con la exageración de síntomas asociados al dolor, con el fin de obtener incentivos económicos; en tanto la discapacidad relacionada con trastornos mentales y enfermedades físicas cuyo fin es la reducir o eliminar responsabilidad legal será más prevaleciente en contextos forense o criminales (McDermott y Feldman, 2007, citados por Hernández 2011).

Por otro lado Arce (2006) citando el trabajo de Aldea (1994), sintéticamente presenta el siguiente perfil del simulador, el cual ayudaría a complementar la información anterior y pondría en perspectiva que tipo de personas (y por ende en que contextos) tiende más a simular:

- La simulación se presentaría con mayor frecuencia en hombres y su edad de comienzo sería entre los 24 y los 56 años.
- El nivel sociocultural del simulador suele ser bajo.
- Con relación a su adaptación social, suele ser generalmente oportunista y cambiante.
- Se caracteriza por ingresos hospitalarios escasos y de baja duración, aunque podrían poner en peligro su vida al intentar simular enfermedades graves.
- Mayoritariamente rechazan evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente.
- La génesis de su perturbación sería siempre consciente y el control de su sintomatología voluntario.
- Se perseguiría la obtención de indemnizaciones u otro tipo de ventajas.

Los anteriores datos serían indicativos importantes para contextualizar la problemática y ponerla en perspectiva dependiendo el abordaje que se pretenda realizar tanto a nivel evaluativo como terapéutico, teniendo en cuenta que estos criterios no son definitivos sino parte de una construcción que se debe ir completando de acuerdo a los diversos elementos que se irán presentando posteriormente.

## ***2.2 Modelos de evaluación psicológica.***

En psicología, los diversos ámbitos en que se interviene generan en el profesional una obligatoriedad de flexibilidad, lectura crítica y adaptabilidad. Esto último no implica una relativización de las metodologías y mucho menos de los instrumentos que se utilizan para alcanzar los objetivos, sino una lectura adecuada para cada campo en que se incursiona.

En este sentido las pruebas psicológicas poseen la versatilidad de que aún siendo diseñadas para ciertos objetos específicos, según un análisis cuidadoso de las mismas, pueden utilizarse en diversos ámbitos y pueden generar insumos de interés. Los mejores ejemplos de ello son pruebas como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota

(MMPI II) o el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI III), ya que la gran diversidad de áreas que evalúan así como escalas de validez y confiabilidad que poseen, permiten hacer lecturas valiosas para cierto tipo de fenómenos que van más allá de rasgos de personalidad.

Se observará posteriormente como la investigación ha obtenido insumos válidos del MMPI II en áreas como la laboral, clínica y forense. Otras pruebas en cambio van teniendo algunas limitaciones según las poblaciones y los fines con las que fue concebida, como el MCMI III que se usa preferentemente en ámbitos clínicos así como forenses, pero cuyos autores brindan la contraindicación de uso en otros ambientes. En cambio algunas pruebas poseen una especificidad tal que debe ser claro para el evaluador las ventajas de su uso únicamente para esos aspectos específicos, como lo son la Miller Forensic Assessment of Symptoms (M-Fast), la Entrevista Estructurada de Reporte de Síntomas (SIRS) y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) en el caso de la simulación, ya que su concepción y diseño fue específicamente para ello.

En el tema de la simulación de síntomas psicóticos, es entendible que algunas pruebas clínicas como las proyectivas posean mayor vulnerabilidad de ser más manipuladas, en comparación a otros instrumentos que han sido elaborados con mayor estructuración y que poseen otros elementos de confiabilidad y validez mediante investigación. En este tipo de aspectos el evaluador debe de utilizar su criterio para hacer un análisis de estos factores e iniciar el adecuado proceso de valoración psicológica con el estudio y la escogencia adecuada de pruebas, no solo conociendo las particularidades de la misma, sino que límites de aplicación tiene ya que su mal empleo o descontextualización llevará a la generación de conclusiones inadecuadas y sesgadas en detrimento de los objetivos planteados.

### *2.2.1 El Consentimiento Informado en la Evaluación Psicológica.*

Un primer y esencial elemento para un profesional en psicología que pretende llevar a cabo una adecuada evaluación, es tener claro cuál es el lugar y la concepción de la

persona que será sujeta a dicho procedimiento, así como los objetivos que pretende conseguir y sobre todo el tipo de confidencialidad que debe manejar.

Cuando una autoridad judicial solicita una pericia en un contexto forense, el “cliente” es dicha autoridad y el proceso en sí mismo, por lo que la persona se convierte en sujeto de prueba. Esto se refiere a que la persona imputada en un proceso penal es *sujeto activo* de prueba y por tanto se le debe advertir de los derechos constitucionales que le resguardan, por ejemplo la posibilidad de negarse a la evaluación sin que su silencio implique culpabilidad (Hidalgo, 2000).

Esto se logra mediante la comunicación del consentimiento informado en cualquier intervención, que en el caso del H.N.P se realiza al ingreso del usuario, ya que en los posteriores abordajes cuando se brinda el encuadre al mismo se puede dejar constancia de ello mediante nota en el expediente, en la cual se debe explicitar que a la persona se le brindó adecuadamente la información, se le explicó paso a paso el origen de la intervención así como el proceso de evaluación en el que participará mencionándose además los objetivos y fines que se persiguen. Es decir se busca brindar información necesaria, suficiente y contar con la voluntariedad del sujeto ya que el consentimiento no debe ser forzado (Mejías-Lizancos, Molino y Pacheco, 2006).

Esencial durante este mismo proceso es comunicar el manejo que se le dará a la información obtenida para que así la persona tenga la autonomía para decidir sobre su participación. Lo anterior aunado al deber de guardar las buenas prácticas bioéticas en la prestación de un servicio y al adecuado ejercicio de la profesión psicológica. La firma de la persona refleja que se cumplió con el proceso informativo y que el usuario acepto participar libre y voluntariamente; en el caso del hospital al realizarse todo un proceso de ingreso e información, en las actuaciones consecuentes es suficiente el registro de este proceso en una nota del expediente según las fuentes consultadas. El Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica lo estipula de la siguiente forma en su Código de Ética y Deontológico (2010):

**“ARTÍCULO # 9:**

*Para cualquier tipo de intervención psicológica se deberá contar con la autorización de la persona o las personas usuarias a través de la firma de un consentimiento informado, en el cual se aclare el tipo de intervención, así como los derechos de la persona o las personas usuarias, eventuales límites del secreto profesional y posibles riesgos que podrían presentarse durante el proceso, entre otros aspectos que la o el profesional en psicología considere pertinentes”. (C.P.P.C.R. 2010).*

Caso contrario a la participación activa de las personas, es cuando éstas se constituyen en un proceso legal en “objeto de prueba”, es decir cuando la persona es pasiva y no se requiere su participación activa, en actos como extraerle huellas digitales, verificar la existencia de tatuajes o el obtener una muestra de cabello (Hidalgo, 2000). En el contexto de la ciencia psicológica se concebiría a la persona siempre como sujeto de prueba, en tanto a ciencias como la criminalística le correspondería en mayor medida el tratar a la persona como objeto de prueba.

Como se había mencionado, el tema del consentimiento es esencial para que la persona sujeta a evaluación, conozca el proceso que realiza, los alcances y su rol en el mismo. La confidencialidad es parcial en caso en que exista una solicitud judicial, ya que los datos pertinentes deben indicarse en un informe a la autoridad solicitante.

En el caso específico de la C.C.S.S, la práctica que se realiza en la actualidad consiste en que a su ingreso al H.N.P se realiza con la persona la lectura del una fórmula de “Consentimiento Informado” en la cual brinda su autorización para que se le realicen una serie de procedimientos y programas, también el estar de acuerdo en que estudiantes puedan participar en los exámenes y procedimientos que se le realizan. Posterior a ello la persona dejaría constancia de que recibió la información, que la misma le fue explicada para dar paso finalmente a las firmas tanto del funcionario como del usuario y los testigos, en caso de ser necesario.

Al anterior documento se le están estudiando una serie de modificaciones para que el mismo sea más integrador y posea una serie de elementos bioéticos que no son tomados

en cuenta en el documento que se utiliza en la actualidad, según señaló el Dr Alejandro Marin Mora, Coordinador Sub Area de Bioética Clínica (comunicación oral del 30-01-2012). Dicho profesional indicó que si bien el documento presenta carencias que fueron tomadas en cuenta en la propuesta que se encuentra en estudio, el mismo continúa siendo de uso cotidiano por lo que lo recomendable es realizar como complemento a dicho documento, una nota al expediente en la cual se indique que a la persona se le indicó las características de la intervención de la que será objeto y sus consecuencias. La nota deberá contener además de lo señalado, las formalidades que se estipulan en el “Reglamento del Expediente de Salud de la Caja” (2009) el cual establece en lo referente a las notas del expediente:

*“Artículo 32. Anotaciones en el expediente. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben hacerse con tinta, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera. En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así la alteración posterior. Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión” (CCSS, 2009. Pág 6.)*

En este caso y hasta que no se cuente con la aprobación de la propuesta elevada a los entes jerárquicos de la C.C.S.S, el documento sería el válido para el internamiento y los subsecuentes procesos que se realizan con la persona, aunque con la recomendación de que cada profesional informará de lo que se realizará dejando constancia de dicha comunicación en el expediente de salud. Este último elemento es esencial ya que la información contenida en el expediente es un derecho del usuario y servirá para ambas partes como el respaldo de

lo actuado durante la valoración. Cabe destacar en este punto el concepto de “expediente de salud” que se maneja a nivel hospitalario según el reglamento vigente es el siguiente:

*“Artículo 1. Expediente de Salud, en lo sucesivo “expediente”. Es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud”: expediente médico y expediente clínico. El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia de División Médica, y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiere recibir externamente a la Caja.” (CCSS, 2009. Pág 1).*

### 2.2.2 Modelo Clínico y Modelo Forense de Evaluación.

Se ha tratado de explicar en el apartado introductorio, algunas diferencias existentes entre un ámbito forense y uno clínico de valoración sobre todo en lo referente al uso diferencial que se le debe dar a aspectos básicos que van desde el encuadre y el consentimiento informado que se le brindan al usuario, hasta la interpretación de ciertas pruebas e inclusive al uso específico de algunas de ellas dependiendo los fines de evaluación. Pero es menester continuar detallando otras diferencias en cuanto a los contextos clínicos y forenses de valoración para afianzar los criterios y tener aún más claro los fines que se persiguen en cada área. Se ilustrará extensamente con Melton y otros (citado por Saborío, 2005), tanto las dimensiones como las áreas en que aprecian sustanciales particularidades de uno y otro ámbito:

**Cuadro 6: Diferencias entre los contextos clínicos y forenses de evaluación.**

<i>Dimensión</i>	<b>Contexto Clínico</b>	<b>Contexto Forense</b>
<i>Eje</i>	Psicodiagnóstico Ajuste de Personalidad Tratamiento	Determinado por el sistema legal (solo ocasionalmente interesan las necesidades de tratamiento)
Importancia de la perspectiva del evaluado	Lo más importante es la perspectiva y visión de mundo del evaluado	Lo más importante es la credibilidad de la información (se usan fuentes colaterales para corroborarla)
Voluntariedad	Relación usualmente voluntaria	Usualmente a pedido de una autoridad judicial
Autonomía	Evaluado al tanto de los objetivos y procedimientos de evaluación	Los objetivos de la evaluación son usualmente intrusivos y restrictivos de la autonomía
Amenazas a la validez	Evaluado y evaluador buscan una agenda común basados en las necesidades de tratamiento del primero	Debido a la naturaleza relativamente coercitiva de la evaluación, existe una amenaza de distorsión consciente e intencional
Relación y dinámica	Las interacciones orientadas al tratamiento enfatizan en el cuidado, la confianza y la comprensión empática para construir una alianza terapéutica	El evaluador tiene una posición más desvinculada (función principal es más adversarial y confrontativa)
Ritmo y contexto de la evaluación	La evaluación sigue un ritmo lento y el diagnóstico puede ser reconsiderado en el curso del tratamiento	El acceso al evaluado en múltiples ocasiones es bastante limitado debido a factores como tiempo y recursos

**Cuadro 6 (Extraído de Saborío, 2005)**

Esta ilustrativa sinopsis permite apreciar diferencias contextuales a tenerse en cuenta para que, indistintamente del medio en el cual se realice la intervención, el profesional tenga claro sus alcances y limitaciones en temas tan básicos como los fines que se persiguen. Otro autores complementan este tipo de apreciaciones indicando que a nivel clínico la meta esencial es la orientación al tratamiento, en tanto que el objetivo forense se centra mayormente en la evaluación psíquica (Aluja, 1996).

Se considera que el análisis sobre estos contenidos son un importante complemento a los razonamientos técnicos a lo interno de la psicología, tanto para el crecimiento de cada

área de abordaje como para su problematización teórico-metodológica, sobre todo en temas como la simulación de síntomas psicóticos, porque este es un fenómeno muy relacionado con la evaluación de la inimputabilidad, en donde a la definición de “persona inimputable” (como aquella que sufre enfermedad mental o grave perturbación de la conciencia) (Cedeño y Oviedo, 2004), se suman otros matices variados y complejos. Máxime que en la actualidad, este tipo de preguntas legales las autoridades judiciales las dirigen no solo a psicólogos destacados en áreas forenses, sino también a clínicos de centros de salud mental.

Está claro que el fenómeno de la simulación de síntomas psicóticos adquirirá tonalidades diversas en el contexto donde se evalúen, pero un elemento ineludible es que en la actualidad el H.N.P y sobre todo el CAPEMCOL por diversas circunstancias coyunturales, ha tenido que asumir valoraciones de tipo forense para brindar informes clínicos al respecto, lo que provoca que especialistas en psicología clínica de dicho centro de salud deban conocer este tipo de particularidades para que, sin perder su orientación metodológica, realicen una aproximación adecuada a este tipo de procesos, ya que las líneas divisorias entre lo clínico y lo forense como se ha mencionado, en ocasiones se traslapan, hecho que también merece una reflexión para los administradores de justicia que solicitan este tipo de valoraciones.

Por ello es medular que se posea claridad en estos aspectos con un afán protector a la integridad del profesional. Este traslape de roles en nuestro país se ha generado desde el pasado, teniendo como antecedente que la primera especialización asentada académicamente fue precisamente la Psicología Clínica, por lo que psicólogos y psicólogas de esta área asumieron funciones forenses en el Poder Judicial cuando este tipo de formación no existía. Esto hasta algunos años cambio cuando en esta área de conocimiento se ha ido formando profesionales bajo el formato académico de Maestría Profesional en Psicología Forense, lo que ha generado un crecimiento importante y una visualización de las diferencias entre ambas áreas de trabajo.

Esta ampliación e incorporación de otros campos de estudio debe ser un tema de psicoeducación tanto a las autoridades judiciales como a las de Seguridad Social. Esto para que las funciones sean entendidas y las obligaciones asignadas de forma más clara, buscando generar una adecuada coordinación interinstitucional, gestora de mecanismos de

mejoramientos de servicios, evitando duplicidad de funciones que pudieran comprometer éticamente a quienes intervienen en evaluaciones. Los objetivos deberían encaminarse también para evitar el desempeño de roles distorsionados e inapropiados que podrían afectar la eficacia de los procesos psicológicos y consecuentemente los legales.

### *2.2.3 Diferencia en la utilización e interpretación de pruebas psicológicas.*

Las diferencias lógicas en cuanto a consecuencias de valoración desde el marco de referencia en que parte cada una de ellas, conduce a brindar una explicación básica de los contrastes entre los contextos de abordaje clínico y el forense, para apreciar la razón de los necesarios cambios tanto en los encuadres y abordajes, así como de las técnicas a implementar que es un elemento meramente técnico y de interés primordial para los evaluadores. Si bien es ineludible y se debe mantener el respeto ético por los derechos y la integridad individual del ser humano -pilar esencial de la práctica psicológica-, se apreciará que los fines de evaluación son y poseen repercusiones distintas, por lo que ello debe estar claro para el profesional y que así éste se lo plantee a la hora de recopilar la información pertinente.

Los instrumentos de evaluación psicológica se han conceptualizado para que reúnan ciertos requisitos y permitan al profesional determinar si su lectura e interpretación se puede realizar basado en la confiabilidad y validez que cada uno de ellos dice ofrecer. Es esencial este punto ya que los mismos autores y los estudios que respaldan las pruebas ofrecen indicadores para conocer si lo obtenido con ella se puede utilizar válidamente. A pesar de que en apartados posteriores se expondrá en detalle una descripción de las pruebas de interés para el presente trabajo, el presente apartado servirá para analizar algunos aspectos generales.

Es claro que algunas pruebas pueden tener una mayor sensibilidad a ser invalidadas por una serie de aspectos que van desde los fines manipulativos de la persona a quien se le aplica y que desea reflejar para conseguir uno o varios objetivos específicos. Otras pruebas en cambio utilizan criterios distintos, ya que por el tipo de población, pero sobre todo el

contexto en que se emplean, la práctica de invalidar puede manifestarse por medios como brindar una imagen idealizada o muy positiva de sí mismo, hecho recurrente en medios laborales, o como se detallará en este trabajo, mostrar una simulación o bien una exageración de patología y estado de deterioro lo que como ocurre en el campo laboral -en lo referente a búsqueda de compensaciones económicas para invalidez-, o bien en contextos forenses y clínicos la simulación de síntomas psicóticos para buscar declaraciones de inimputabilidad.

En contextos tanto forenses como clínicos, en lo que sí parece existir un conceso es en las limitaciones que podrían presentar los profesionales para detectar por si solos, ciertas dinámicas relativas a la simulación de síntomas psicóticos, si quienes lo evalúan no se apoyan en herramientas adecuadas para su detección.

La ciencia psicológica ha logrado avances notorios en la conceptualización y exploración de dinámicas como la simulación de psicosis, que si bien no alcanzan juicios y conclusiones definitivas sobre el tema, si han generado elementos para acercamientos significativos al mismo. Ahora bien, esto ha llevado a un nuevo análisis y cambio de foco en lo referente al estudio de otras áreas que se pueden confundir por su similitud con lo que se pretende abordar en este trabajo y en las cuales se han demostrado problemas de abordaje, incapacidad de sistematización de conceptos y sobre todo una capacidad limitada de profesionales y expertos para dar respuestas adecuadas y científicamente válidas: el tema de discriminar entre testimonios “verdaderos” o “falsos” a partir del comportamiento no verbal.

Es decir, para tener claros aspectos relativos a la simulación, no se debe caer en una equiparación de este tipo de análisis con otro tipo de abordajes que pretenden tener capacidad de discriminar la “verdad” de la “mentira” a través de la observación única de la conducta no verbal, ya que este tipo de estudios ha generado resultados con validez sumamente bajos y que no posee relevancia estadística diferente del azar (Garrido, Masip y Herrero, 2006). Se cree importante ir estableciendo estas diferencias ya que si bien la observación conductual es esencial y ayuda a tener criterios importantes para complementar otro tipo de abordajes más sistemáticos, este no es un único ni determinante factor para ayudarse a tener un cuadro completo de lo que implica simular.

Ahora bien, en este campo y muy de la mano con la psicología del testimonio, a la cual se le dedicará un apartado a manera ilustrativa posteriormente, se han buscado el desarrollo de métodos para “determinar” la existencia de métodos para detectar el engaño o la mentira en la conducta verbal. Si bien esto se ha desarrollado en aspectos como valorar relatos de testigos en causas judiciales, se podría tender a buscar una analogía de las mismas para ayudarse a determinar un estado de simulación, motivo por el cual se cree importante hacer ver diferencias entre ambos campos de estudios. Con el afán de lograr diferenciar entre “verdades” y “mentiras”, se han estudiado una serie de técnicas tanto de interrogatorio u otras medidas psicofisiológicas como el polígrafo, para las cuales la psicología no ha podido corroborar su eficacia por medio de hechos científicamente comprobados, por lo que la detección de la “mentira” por medio de la categorización de ciertas conductas, continúa siendo más un mito que una realidad científica (Masip, 2005).

Se debe tener claro que la presunción de conductas de simulación de síntomas psicóticos, para fundamentarse en un contexto científico propio de la psicología se requiere de una valoración exhaustiva apoyada por varias aristas como lo son: meticulosas revisiones de información colateral (expediente de salud y otras fuentes de información), técnicas adecuadas de entrevista y herramientas válidas y confiables como pruebas psicológicas, con las cuales y de forma sinérgica, se pueda llegar a entender estas complejas formas de comportamientos. Esto va más allá de determinar una “verdad” de una “mentira”, apreciándose las dinámicas más allá de únicamente “hechos” concretos.

Además expertos forenses estiman que el psicólogo destacado en áreas como la psicología del testimonio, u otras en las que deban de responder a requerimientos legales, no deben tratar de brindar respuestas directas a ciertos temas, como lo serían el establecer si el relato brindado por una supuesta víctima es creíble o no por ejemplo, ya que ello corresponde a una pregunta legal relacionada más con valores políticos, morales o sociales, que con los datos que son generables desde la ciencia psicológica, pudiéndose confundir evidencia clínica y científica relevante, trascendiendo competencias de los psicólogos en esta área. Al contrario, peritos forenses consideran que la tarea debe centrarse más bien en la descripción de las capacidades del sujeto, que son parte de los asuntos forenses relevantes para la pregunta legal (Saborío y Viquez 2006). Esta observación aplicaría

también a quienes pretenden valorar la simulación de síntomas psicóticos, ya que se busca describir características y dinámicas de la persona, que ayuden en la toma de decisiones y no determinar precisamente por medio de la observancia de dinámicas de simulación si la persona es inimputable o no, ya que esa determinación legal la realizará el juez en última instancia.

Aunado a esto, Rogers (2008) señala que existen tres términos que deben evitarse en la práctica tanto forense como clínica y forense. La siguiente explicación se tomará casi literalmente del autor y aunque los conceptos se escuchan poco en el medio costarricense, se señalan como aspectos a tomar en cuenta ya que son descritos en diversa literatura especializada del tema, a saber:

- a. Esfuerzo subóptimo (conocido como "incompleto" o esfuerzo "submáximo"). El mismo en los resultados de ciertas pruebas psicológicas es a veces utilizado como sustituto de la simulación.
- b. Sobrereporte ("Overreporting"), este concepto se refiere a un nivel inesperadamente alto de aprobación sobre el tema evaluado, especialmente sobre los inventarios que poseen múltiples escalas.
- c. Ganancia secundaria, término que a pesar de ser más claro que otros conceptos, presenta la dificultad inherente en la práctica profesional de tener limitaciones descriptivas que limitan una precisión descriptiva.

El citado autor menciona que los términos esfuerzo subóptimo, "overreporting" y ganancia secundaria, añaden confusión innecesaria a las evaluaciones clínicas, hecho que genera un mal uso del lenguaje profesional que podría dar lugar a errores y confusión en los órganos encargados de impartir justicia (Rogers, 2008).

En ambientes más clínicos, autores como Faust (1995) respaldan la idea de la falta de capacidad de profesionales para detectar el engaño, al indicar que está en duda la capacidad de los médicos para descubrir perturbaciones emocionales e intelectuales fingidas, por lo que opiniones contrarias en pro de la eficiencia en estas tareas, no poseen sustento científico adecuado. Si a este hecho sumamos el que la evidencia empírica no apoya la idea de que a mayor experiencia clínica mayor precisión en un juicio o criterio

(llamado por Trull y Phares, (2007) el “mito de la experiencia”); nos encontramos ante un panorama en el cual debemos acudir a herramientas que posean la mayor confiabilidad y validez posible para valorar y entender este tipo de fenómenos, en los cuales el criterio profesional debe verse asentado en bases sólidas que ayuden a determinar de forma clara y científica la posibilidad de simulación de psicosis.

## **CAPÍTULO III: PROBLEMAS Y OBJETIVOS.**

### ***3.1. Planteamiento del Problema.***

La evaluación psicológica ha sido una de las tantas herramientas periciales en las que se apoyan diversos actores judiciales con el fin de apoyar su toma de decisiones. El Poder Judicial posee diversas instancias a las que se acude para la realización de peritaje psicológico durante todo el proceso penal, este es el caso de los Departamentos de Psicología y Trabajo Social así como el de Psicología y Psiquiatría Forense. Aunado a lo anterior, muchos administradores de justicia acuden al Hospital Nacional Psiquiátrico (H.N.P) y sobre todo al Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL) no solo cuando se trata de medidas curativas referentes a personas ya declaradas inimputables, sino que además lo hacen cuando desean establecer dicha condición en personas de quien se sospechan la poseen y además han cometido delitos.

Es importante problematizar sobre este hecho ya que no solo el contexto evaluativo es diferente (medio judicial con profesionales de formación forense versus contexto hospitalario de salud mental con profesionales de formación clínica), sino que también se deben tener en cuenta consecuencias éticas en cuanto a desempeñar roles de evaluador-terapeuta. Esta dualidad de rol y de enfoque, la posición que toman las personas durante el estudio y el objetivo real de la evaluación merecen todas ellas, especial atención.

Si a lo anterior sumamos el hecho de que la evaluación psicológica debe poseer cierto tipo de características para que sea lo más precisa posible, nos encontramos ante la obligación de generar estrategias evaluativas idóneas a tales fines.

Estos aspectos nos llevan a estudiar fenómenos psicológicos como la simulación de síntomas psicóticos, así como la validez y confiabilidad de las pruebas psicológicas que se emplean para responder a requerimientos como estos. Lo anterior conduce a cuestionarse si es posible mediante una bibliográfica que brinda una descripción de pruebas, estrategias y modelos de evaluación, ampliar las herramientas y criterios evaluativos que poseen profesionales en psicología del H.N.P y del CAPEMCOL para la valoración de simulación

de síntomas psicóticos. Esto sin dejar de lado que a pesar del rol y contexto laboral (que es meramente clínico), la información puede utilizarse con fines legales si una autoridad judicial lo estima conveniente.

### **3.2.        Objetivos.**

#### *Objetivo General.*

Describir modelos y pruebas utilizadas en psicología para evaluar simulación de síntomas psicóticos, teniendo en cuenta aspectos psicojurídicos básicos, concepción teórica del concepto de simulación y su diagnóstico diferencial; con el fin de generar insumos a los profesionales del área clínica que deben realizar este tipo de valoraciones.

#### *Objetivos Específicos.*

Señalar las diferencias existentes entre los contextos forenses y clínicos respecto al abordaje de la simulación, en temas como el consentimiento informado y la interpretación de pruebas psicológicas.

Reseñar algunas metodologías de abordaje de la simulación por medio de temáticas relacionadas al comportamiento observable, aspectos psicofisiológicos, psicología del testimonio, técnicas, métodos de entrevista y pruebas psicológicas.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.**

Para la realización del trabajo se realizó una revisión bibliográfica con literatura científica reciente, buscando abarcar los diversos temas desarrollados desde los contextos tanto clínico como forense.

Para ello se recurrió a diversas bases de datos y revistas científicas. En primera instancia se agotaron los insumos bibliográficos existentes a nivel nacional para dar paso posteriormente a una exhaustiva búsqueda en literatura internacional que permitiera abordar y profundizar en los siguientes temas:

### ***Modelos de evaluación psicológica***

- El Consentimiento Informado en la Evaluación Psicológica.
- Modelo Clínico y Modelo Forense de Evaluación.
- Diferenciación en utilización e interpretación de pruebas psicológicas

### ***Simulación: definición conceptual.***

- La simulación según Richard Rogers
- Clasificaciones de la Simulación.
- Simulación y Psicosis.
- Simulación y psicopatologías.
- Simulación y otros conceptos relacionados: Disimulación. Trastorno Facticio y Fingimiento. Síndrome de Maunchansen Trastornos Somatoformos. Falsificación. Desventajas del pensamiento categórico respecto a las nosologías diagnósticas.
- Incidencia y aproximaciones a un “perfil” de la simulación.

### ***Metodologías de Abordaje de la Simulación.***

- El comportamiento observable (conducta no verbal)
- Aspectos psicofisiológicos
- Psicología del testimonio.
- Métodos y técnicas de entrevista\_Evaluación de la Validez de una Declaración, o Entrevista Paso a Paso (Técnica de entrevista para niños y adolescentes, usualmente utilizada en caso de abuso sexual infantil).
- Detección Multimodal de la Simulación.\_Detección Multimodal de Bianchini, Greve y Glynn. Criterios de detección de Simulación de Tapias. Entrevista Clínico Forense de Arce y Fariñas. Protocolo de Medida de Simulación de Arce y Fariñas.
- Simulación de la Disfunción Neurocognitiva.

***Pruebas Psicológicas que brindan indicios de simulación.***

- El MMPI-II. Prueba de Autoinforme.
- El MCMI III. Prueba de Autoinforme.
- El PAI. Prueba de Autoinforme.
- El PCL-R. Inventario de Personalidad.

***Pruebas para detección de Simulación.***

- El M-FAST.
- El SIMS.
- El SIRS

***Otras pruebas utilizadas para simulación.***

- Pruebas que brindan indicios de simulación.
- Escalas y pruebas para detección de simulación.
- Desarrollos actuales para detección de simulación.

***El Informe escrito en casos de simulación.***

## CAPÍTULO V: RESULTADOS.

### *5.1. Metodologías de Abordaje de la Simulación.*

Para autores como Samuel y Mittenberg (2006) citados por Hernández (2011), los siguientes aspectos se destacan como parte de las posibilidades de estar frente a conductas de simulación en un contexto legal:

- Motivación y circunstancias: existencia incentivos económicos, solución a problemas socioeconómicos, conducta antisocial, insatisfacción profesional, conflictos laborales, situación cercana a la jubilación e historia previa de engaño, simulación o actos deshonestos.
- Sintomatología: presencia de síntomas atípicos o inusuales, exageración de la sintomatología, resultados en los tests psicológicos y sintomatología incongruente con el curso normal de la enfermedad.
- Presentación ante la entrevista: falta de cooperación con el evaluador y con la divulgación de la información y discrepancias entre los datos de la entrevista y la historia clínica o la documentación preexistente.
- Actividad/conducta fuera de la entrevista: actividad laboral durante el período de reclamación, realización de actividades lúdicas, no relacionadas con el trabajo, buen funcionamiento excepto en aquello relacionado con el desempeño de la actividad laboral, falta de compromiso con el tratamiento y estar bajo vigilancia.

Estos elementos sirven para visualizar las diversas aristas que se deben tener en cuenta cuando se pretende abordar la simulación en un contexto psicojurídico. Por tanto y para poder poseer un marco de referencia amplio sobre el fenómeno de la simulación, se ilustrarán las diversas formas de acercamientos que se han generado desde la psicología para su abordaje y se realizará un recorrido por áreas que abarcan uno o varios de los 4

aspectos citados con anterioridad. Este recorrido incluye desde la psicología del testimonio, así como la forense y policial, con el afán de ilustrar algunos elementos que relacionados con la simulación, para poseer elementos de juicio amplios de dinámicas conexas directamente relacionadas.

La simulación se ha relacionada con la búsqueda de una verdad, pero no una verdad real de los hechos como se persigue a nivel jurídico, sino una verdad dinámica y subjetiva de la persona para describirla tanto su estado como su funcionamiento. En la psicología a lo largo de mucho tiempo atrás una de las formas en que se trato de determinar la verdad era demostrando precisamente lo contrario; es decir señalar y tratar de medir cuando una persona “miente”.

Ha existido la esperanza de encontrar signos inequívocos de la mentira en diversos ámbitos de comportamiento humano siendo el lenguaje no verbal una de las áreas más exploradas y en la que se ha generado mayor cantidad de mitos e ideas erróneas. Esta afirmación se realiza con base a diversos estudios científicos que han dado al traste con la posibilidad de que la “mentira” se pueda descubrir a través del lenguaje no verbal de forma inequívoca ya que datos sobre análisis de credibilidad y “detectores de mentiras” muestra la imposibilidad actual de desarrollar una técnica que objetivamente nos faculte para aseverar que la determinación de la mentira por este tipo de medios es un hecho posible (esto se ampliará en el apartado siguiente 2.3.1). Lo anterior sumado al hecho de que en el término “mentira” para algunos autores implica juicios morales (Manzanero, 2009), por lo que este tipo de temas merece un tipo de reflexión diferente y en el cual se puedan visualizar otro tipo de dinámicas psicológicas que arrojen resultados sobre dinámicas de conductas como un todo.

A pesar de lo anterior este tipo de investigaciones generaron una fecunda senda de exploración logrando demostrar lo contrario, es decir, que el ser humano posee más capacidad de detectar verdades, que mentiras o inexactitudes, en tanto que el lenguaje corporal, sin verlo de forma reduccionista y determinista puede generar insumos adicionales para la aplicación de otros métodos de entrevistas e investigación. En el caso de las pruebas que se describen en el presente trabajo la aplicación de las mismas debe complementarse a la observación conductual y otra serie de destrezas analíticas del

evaluador para rendir los resultados adecuados y acordes a un proceso serio y riguroso de evaluación que pueda proporcionar resultados confiables.

Pasando a un ámbito que posee mayor validación científica, es decir el referido al análisis de la conducta verbal, a manera de ejemplo se destacarán elementos utilizados para diferenciar entre declaraciones verdaderas y falsas al evaluar la credibilidad de testigos de hechos delictivos, con el afán de poseer insumos adicionales a los que ya se han brindado.

Desde hace ya algún tiempo algunos autores plantean que en psicológica se dispone de tres grandes grupos de técnicas o aproximaciones para la evaluación de la credibilidad: las técnicas psicofisiológicas, los procedimientos de análisis del contenido verbal del discurso y la aproximación no-verbal o de los indicadores conductuales (Masip, Garrido, Herrero, 2002). Sobre dichas áreas se realizará una descripción general sin pretenderse exhaustividad, recomendándose para la profundización del tema la lectura de Garrido, Masip, y Herrero (2006) sobre la cual se basa la descripción del siguiente apartado:

#### *5.1.1. El comportamiento observable (conducta no verbal).*

Existe la creencia popular de que la mentira se refleja en ciertas conductas, por lo que cabe preguntarse si existen per se comportamientos indicadores de engaño pero por otro lado, si los potenciales “detectores de mentiras” las conocen e identifican adecuadamente. Estudios demuestran que la capacidad de discriminación en este caso entre testimonios verdaderos y falsos a partir de las conductas es mínima y que aún con profesionales familiarizados con el engaño (policías experimentados o abogados), sus niveles de acierto no son mejores que personas legas en la materia (Soria y Saíz, 2006), siendo otra dimensión del mismo fenómeno el que tendamos a sobreestimar nuestras capacidad de discriminar entre mentiras y verdades (Masip 2005). Otro aspecto implícito en este tipo de dinámicas relacionadas al engaño es precisamente la confianza de los observadores en sus juicios sobre la credibilidad de las declaraciones en las cuales valoran engaño, ya que se ha demostrado que la confianza es mayor al juzgar precisamente lo contrario: Es decir es más efectivo el valorar las verdades que las mentiras (De Paulo, Charltoon, Cooper, Lindsay y Muhlenbruck, 1997).

Para iniciar en el entendimiento de estos temas y que sirvan como insumo para los fines de este trabajo sobre simulación, es esencial partir de conceptos claves como lo son la confianza y precisión en una declaración. Si bien estos términos tienden a confundirse e incluso usar como sinónimos, se debe establecer una diferencia básica pero medular entre ambos en lo que concierne a la psicología del testimonio.

Una persona puede ser confiable en el sentido de que no pretende engañar con su relato, pero esto no significa que tenga precisión o exactitud en lo que dice. Así un testigo de hechos violentos puede estar confiado de que su declaración es cierta y presentar extrema seguridad en sus juicios, pero esto puede variar respecto a la veracidad real de lo ocurrido, lo que convierte a la “confianza” en una medida implícita de engaño. Masip y Garrido (2000, 2001; citados por Garrido, Masip y Herrero, 2006), investigaron el modo de discernir entre declaraciones falsas y verdaderas a partir del comportamiento en las siguientes áreas:

- **La aproximación de los canales:** Consistía en ayudar a determinar si se discrimina mejor entre mensajes verdaderos y falsos por medio de la conducta no verbal a través de canales expresivos del cuerpo como el rostro. Se establecía que el rostro podía controlarse a la hora de expresar sentimientos o pensamientos reales, lográndose transmitir intencionadamente lo que se desea. Estos motivos llevaban a pensar que los signos de engaño debían ubicarse entonces en el resto del cuerpo. Diferentes estudios realizados no han apoyado esta teoría y autores como Zuckerman, DePaulo y Rosenthal (1981), han indicado que el contenido verbal es la fuente más útil de información para determinar si alguien está mintiendo o diciendo la verdad, en tanto que la información visible como gestos o movimientos, es la menos útil.

- **La aproximación de indicadores discretos:** Esta otra área se centra en analizar si determinadas conductas concretas como movimientos, parpadeos o tartamudeos, se producen con mayor frecuencia al mentir que al decir la verdad.

*Cuadro 7: Indicadores populares del engaño.*

<b>Indicadores populares de conducta no verbal del engaño</b>
La persona no mira a los ojos
Movimiento rápido de manos y dedos
Errores al hablar
Latencia al responder
Desviar la mirada

**Cuadro 7. (Tomado de Garrido, Masip y Herrero, 2006).**

Garrido, Masip y Herrero (2006) presentan una serie de estudios indicando que este tipo creencias populares son erróneas, concluyendo que no existe ninguna conducta que por sí misma sea inequívoca de que la persona está mintiendo. Este motivo conduce a pensar que lo importante no es buscar una conducta indicadora de engaño, sino más bien buscar la relación entre el engaño y determinados procesos psicológicos que podrían revelarse en conductas observables.

Zuckerman et al (1981) señalan que al mentir una persona podría experimentar tensión o “arousal” (sobrecarga cognitiva) al tener que inventar una historia y algunos de ellos experimentaría emociones como culpa y miedo a ser descubiertos tratando de

controlar su conducta. Dicha activación podría generar aspectos como elevación de tono de voz, dilatación pupilar y aparición de sonrisas nerviosas.

El esfuerzo cognitivo con contralar estas respuestas se podría traducir también en latencias extensas en las respuestas, pausas al hablar, reducción general de movimientos, brevedad en el discurso e intentos de control que podrían provocar conductas que se asocian típicamente con el engaño, generando discrepancias entre comportamientos controlables y automáticos. Si bien desear encubrir o controlar la conducta puede provocar estas respuestas, debe quedar claro que no siempre que se mienta se experimentará los procesos señalados por Zuckerman (1981), ya que en mentiras muy simples la sobrecarga cognitiva estará ausente y los mentirosos muy versados pueden no experimentar esa sobrecarga ni emociones fuertes al mentir (por ejemplo los psicópatas).

Además un inocente falsamente acusado puede sentir esa tensión o sobrecarga cognitiva, tener miedo a no ser creído por lo que quizá intente controlar su conducta para no dar imagen de credulidad: Es decir una persona que no necesariamente está mintiendo, podría llegar a actuar del mismo modo que una persona que si lo está haciendo. A ello se debe sumar que ciertos procesos psicológicos no dan lugar necesariamente a correlatos conductuales observables: Por ejemplo las emociones no se filtrarán siempre ya que existen personas que pueden controlar muy bien su conducta de forma que su ejecución no parecerá artificial o poco espontánea; y no siempre que se haga una declaración breve es porque se esté experimentando una sobrecarga cognitiva.

Por las razones anteriormente indicadas, no se debe atribuir ninguna conducta de forma inequívoca o determinista al engaño, hasta que se haya descartado tajantemente otras explicaciones plausibles. Esto a pesar de que a nivel social se hace lo contrario, se cree que la persona está mintiendo produciendo un prejuicio confirmatorio que no debe replicarse en lo absoluto en la psicología.

Para ilustrar el punto anterior se mencionará un claro ejemplo del porqué es tan necesario en la psicología del testimonio tener en cuenta estos aspectos para que se busquen herramientas cada vez más certeras que generen mayor confianza en los

evaluadores a la hora de juzgar testimonios; y también en el caso de los profesionales en psicología que deban valorar posible simulación, de que estos se despojen de ideas preconcebidas que los lleven a limitar sus juicios técnicos:

**“El Error de Otelo”:**

*“En el drama de Shakespeare, Otelo acusa a su esposa Desdémona de serle infiel con Casio, y le hace saber que este ha sido ejecutado bajo sus órdenes. Al advertir que no va a poder probar su inocencia dado que Casio ha muerto, Desdémona muestra angustia y temor, que Otelo interpreta erróneamente como reacción de dolor por la muerte de su amante y por ende, como confirmación de la infidelidad de Desdémona. Otelo no advierte que tales signos serían esperables tanto si Desdémona le ha engañado con Casio, como si le hubiese sido fiel”.* (Ekman, 1991, citado por Garrido et al, 2006).

El ejemplo anterior indica que los correlatos fisiológicos o comportamentales asociados con la mentira, pueden formar parte del repertorio normal de conductas de diversas personas, incluso aquellas sinceras que sospechen que no van a ser creídas. La interpretación de ese temor, como “miedo a ser descubierto” se configura en el citado «Error de Otelo», por lo que se debe tener en cuenta que todas las conductas no verbales que se pueden esperar de quién miente, sólo aparecen si éste presenta una carga emocional o cognitiva (Bembibre e Higuera, 2010). Esto sumado a fenómenos como el “error de idiosincracia” en el cual se deben tener en cuenta elementos sociales y culturales del grupo de extracción de la persona, son temas que deben tenerse en cuenta para una adecuada valoración tanto en lo concerniente a la psicología del testimonio como al evaluar aspectos como la simulación. Para ilustrar lo anterior se citarán cinco hipótesis investigadas por De Paulo y otros (2003, Citados por Garrido et al, 2006), en lo que respecta a indicadores de engaño y veracidad:

- Quienes mienten serán menos comunicativos o más retraídos que los que digan la verdad, (darán respuestas más cortas).
- Las narraciones de quienes mienten serán menos perfectas que las de quienes digan la verdad, (serán menos plausibles, menos fluidas).
- Quienes mienten se mostrarán menos positivos y agradables que quienes digan la verdad, (parecerán menos amigables, sonreirán menos).
- Quienes mienten se mostrarán más tensos que quienes digan la verdad, (parecerán más nerviosos, hablarán con voz más aguda, jugarán con algún objeto, se les dilatará la pupila etc).
- Quienes mienten presentarán menos imperfecciones naturales y menos contenidos poco frecuentes que los que dicen la verdad.

Estos aspectos si bien no se pueden desestimar por completo como indicadores de falsedad o mentira en un testimonio, se deben manejar con las limitaciones que poseen ya que han recibido poco respaldo científico y definitivamente no se pueden recomendar como elementos definitivos y confiables para fundamentar un criterio válido psicológicamente hablando. Estas circunstancias llevan a concluir que existen pocas diferencias entre las conductas de las personas al mentir y al decir la verdad, ya que incluso en declaraciones verdaderas pueden aparecer indicadores asociados al engaño. Esto lleva a reflexionar sobre el hecho de que si una persona se dedica única y exclusivamente a buscar indicadores de engaño, en algún momento los encontrará, lo que daría paso a pensar que el emisor está mintiendo dejando pasar de forma inadvertida otros indicadores de “verdad”, que podrían arrojar pistas más precisas para la valoración psicológica que se está realizando.

### *5.1.2.Aspectos psicofisiológicos.*

Es el polígrafo el instrumento que se asocia mayormente con la detección de la mentira, constituyéndose en la capitalización del estudio de la activación fisiológica y el engaño que iniciaría con serie de inquietudes de investigación que datan desde el siglo

XIX, cuando diversos círculos científicos comenzaron a experimentar con diversos instrumentos que tuvieron su auge en las décadas de 1920 y 1930, evolucionando hasta el polígrafo moderno. Este instrumento registra varios parámetros fisiológicos como cambios en la respiración, la actividad cardiovascular y la actividad de las glándulas sudoríparas (Grubin y Madsen, 2005).

El polígrafo registra respuestas psicogalvánica, la presión sanguínea relativa, el ritmo cardíaco y la respiración y su registro se realiza por medio de instrumentos que envían las medidas captadas ya sea al polígrafo clásico que realiza gráficos sobre una cinta rotatoria (imagen clásica de cine y televisión), o bien a un computador que puede crear los gráficos en formato electrónico. A pesar de lo anterior y de que socialmente se concibe que variaciones en estas tres áreas fisiológicas se relacionan con la mentira, como se detallará a continuación, recientes investigaciones han concluido es el polígrafo en realidad no detecta mentiras, sino más bien el estrés provocado por ciertos cambios fisiológicos periféricos que pueden implicar ansiedad, miedo, culpa o una respuesta de orientación de parte del examinador, siendo un tema aparte es si estos estados se asocian o no con el engaño.

Mentir puede generar ansiedad, miedo u otras emociones humanas; pero bien puede no generarlas en absoluto ya que estas pueden darse debido a otro gran sinnúmero de razones. Las alteraciones psicofisiológicas medibles pueden ser causadas por diversos estados internos que no siempre estarán presentes cuando una persona miente, razón por la cual se establece que el polígrafo no detecta directamente mentiras.

Estas observaciones y otros cuestionamientos al polígrafo se brindaron en los resultados del informe realizado por el National Research Council (NRC) quien confirmaba que el polígrafo mide las reacciones fisiológicas que pueden estar asociados con el estrés, miedo, culpa, ira, excitación o ansiedad de un examinado ya sea culpable o no (Yocom, 2007). El citado autor desarrolla en su artículo un recuento minucioso de los estudios y debates en torno a este método, y en el cual se aprecia a su vez la oposición de varios círculos científicos así como el de esferas judiciales para su uso en varias esferas como “detector de mentiras”.

En el citado estudio de la NRC mencionado tanto por Yocom (2007) como Garrido et al (2006) se copilan una serie de cuestionamientos a este instrumento para considerarle como una medida inequívoca de detección de mentira las cuales se citan a continuación de manera resumida:

- **Respecto a Medidas fisiológicas:** La práctica habitual en algunas de las técnicas de aplicación del polígrafo como promediar las medidas cardíacas, electrotérmicas y respiratorias se critican ya que responden de manera distinta a diversos procesos psicológicos. Las respuestas cardiovasculares varían mucho entre personas distintas, la respiración puede controlarse con facilidad y sus cambios producen a su vez variaciones en el ritmo cardíaco y en la actividad electrotérmica.
- **Respecto a las Ciencias Básicas:** La investigación poligráfica no se ha desarrollado como suele hacerlo la investigación científica, no ha ido acumulando conocimientos ni fortaleciendo sus fundamentos. Se considera que su base teórica es endeble. La calidad de los estudios científicos que han examinado la validez del polígrafo es muy baja y no reproducen los aspectos esenciales del empleo del polígrafo en ámbitos aplicados. Ello ha conducido a que en muchos estados de Estados Unidos de Norteamérica se ha considerado que en ningún caso debería ser admisible en un juicio por sus tasas de error.

En la actualidad existen diversos tipos “detectores” de mentiras, algunos utilizados incluso en programas televisivos. Dichos instrumentos no pasan de ser intentos de medición de aspectos psicofisiológicos que no están relacionados directamente con la mentira. Instrumentos como el Psychological Stress Evaluator, Mark II, Computer Voice Stress Analyzer, Truster y otros mediante el análisis de la voz pretenden descubrir la mentira, pero hasta la fecha no se ha podido demostrar su confiabilidad y validez en los aspectos que pretenden medir. Respecto a los instrumentos que tratan de detectar mentiras a través de la voz humana, Garrido et al (2006) mencionan una serie de puntos débiles de dichos instrumentos:

- La creencia de que existen características vocales cambiantes cuando la persona experimenta tensión, no se ha demostrado con resultados empíricos, lo que pone en tela de duda la existencia de micro-temblores vocales, ya que la voz no cambia como resultado de estar mintiendo o diciendo la verdad sino que puede cambiar por una gran serie de factores.
- El hecho de que analizadores de estrés vocal logren medir el estrés es ambigua, se refiere la documentación de estudios en que dichos analizadores no detectan el engaño más allá que el nivel de azar.

Si bien en la actualidad se está iniciando el desarrollo de otros métodos para tratar de detectar la mentira y el engaño por indicadores psicofisiológicos, no se han logrado encontrar datos que sean determinantes, por lo que la investigación debe continuarse ya que muchas de las creencias que se tienen sobre la forma de detectar mentira no son tan confiables ni precisas como se creía.

En este sentido los aspectos psicofisiológicos si bien no detectan la mentira, generan pistas sobre aspectos a los que se les debe prestar atención, sobre todo en lo referente a la reacción de la persona cuando se habla y explora un tema en especial. Ese es precisamente el valor del comportamiento no verbal, el cual debe continuar siendo aprovechado de una forma complementaria más no determinante ni categórica en la investigación de los testimonios en los casos de testigos, y en el caso concreto de detección de la simulación se pueden utilizar de una manera igualmente complementaria y discrecional.

Los anteriores motivos han generado que la psicología haya optado por explorar otras posibilidades en lo referente al estudio de los testimonios y que hasta la fecha los mismos hayan sido más validados, en especial en lo concerniente a indicadores en el comportamiento verbal de las personas. En lo consecuente y al igual que lo explicado en apartados anteriores, se dará una descripción de los elementos que se han utilizado en la psicología del testimonio teniendo muy claro que su extracción y aplicabilidad inmediata es en este campo en particular. Únicamente y de forma vehemente se desea resaltar

nuevamente que se hará mención de este tema en el presente trabajo sobre simulación por la cercanía que presenta entre ambas temáticas, para que así los lectores tengan esta fuente de información complementaria y se logre discernir que herramientas podrían poseer valor para el profesional en el ámbito de detección de la simulación sin caer en extrapolaciones arbitrarias y antojadizas, sino más bien tratando de formar criterios y un margen más amplio de juicios para generar juicios más integradores y así generar una instrumentalización en el repertorio profesional y praxis clínica de quienes deban incursionar en estos temas psicológicos.

### *5.1.3. Psicología del testimonio.*

En la psicología del testimonio son medulares dos conceptos: La exactitud y la credibilidad. La credibilidad parte del hecho real de que la memoria puede fallar, por lo que se busca ese elemento en el relato y no en la persona en sí. Esto es importante ya que un individuo por sus características de personalidad o su pasado, si ha generado intencionalmente declaraciones falsas y se le puede considerar un mentiroso, como lo plantea Offe (2000), en ciertas circunstancias también ese mentiroso (ocasional o empedernido) puede brindar declaraciones creíbles.

En este sentido la preocupación radica en el hecho de la “sinceridad” de lo que dice el testigo que ocurrió (Soria, Sáiz, 2005). En el caso del tema de la simulación, este es el eje fundamental pero no en lo referido a un fallo de la memoria de un evento presenciado, sino más bien en lo referente a la intencionalidad de generar una creación o exageración de síntomas que no concuerdan con una enfermedad mental, con el fin último de obtener un beneficio o evitar un hecho aversivo.

Otro aspecto muy diferente es el estudio de la exactitud, o análisis de los factores que pueden incidir sobre la fidelidad entre lo que realmente ocurrió y lo que el testigo relata, es decir si un testigo es exacto y su testimonio se ajusta a la realidad de lo acontecido. Los conceptos anteriores dejan claro que tanto la confiabilidad como la exactitud muchas veces no se acompañan ya que un relato puede ser muy confiable debido

a que la persona no tiene un interés particular de lo que relata, pero no necesariamente puede ser exacto ya que el registro del hecho y la posterior evocación puede poseer inexactitudes.

En el caso de la simulación y guardando las particularidades y reservas del caso, se debe analizar con igual precaución y detenimiento tanto la credibilidad del relato de la persona respecto a su propia sintomatología, así como la exactitud de síntomas por cuanto esos elementos brindan factores que darán insumos en la observancia tanto de creación como exageración de síntomas y se debe apreciar una coherencia entre estos dos ámbitos.

Por otra parte es importante también recopilar lo que en esta área se estima conveniente a la hora de que un entrevistador realice tareas de selección de la información. Si bien lo que se describirá a continuación son destrezas y habilidades que se estiman como deseables en un entrevistador policial o un psicólogo forense, se considera importante tener el insumo sin el afán de pretender extrapolaciones arbitrarias sino más bien una apreciación de las dinámicas que se pueden ver relacionadas en esta temática desde otros ámbitos.

Lo anterior ya que se recomienda en la literatura científica poseer y ejercitar diferentes habilidades para convertirse en un buen entrevistador como lo son poseer habilidades sociales y comunicativas, temperamento calmado, paciencia, capacidad para responder con rapidez, flexibilidad así como conocimientos legales pertinentes al contexto en el cual se desenvuelve, esta última en el caso de la simulación serían las que se describen en la introducción del presente trabajo sumadas al caso particular de la persona evaluada. A estas deseables competencias de un psicólogo se podrían sumar en el caso de una evaluación por simulación, el tener el mayor conocimiento posible de evaluación de psicopatología y de las dinámicas conexas que se pueden ver relacionadas a los casos de simulación.

Otro tema importante es la posibilidad de confrontar al entrevistado durante la valoración, elemento a discutir en el caso de los contextos clínicos ya que en valoraciones forenses se utiliza con mayor frecuencia, en pruebas como el PCL-R. Claro está que aún con esta posibilidad, se debe tener siempre presente que el término es muy diferente al de

intimidación, elemento que es un recurso inadmisibles y contraproducente en el abordaje de cualquier tipo de entrevista con mucha más razón en la que se valora simulación.

A continuación se brindarán algunos insumos en los que se puede apreciar que adecuados formatos de entrevista, pueden brindar elementos sumamente valiosos para incorporar información teniendo en cuenta que si bien en contextos clínicos el foco de la misma se dirige a la importancia del mundo interno de la persona, en el caso en que se desee valorar simulación existe la obligación de adentrarse a una dinámica con elementos más forenses con el fin de generar otro tipo de insumos y sobre todo otro tipo de posicionamiento sobre el mundo interno de la persona que precisamente desea mostrar un reflejo de algo inexistente en él.

#### *5.1.4. Métodos y técnicas de entrevista.*

En la psicología del testimonio se establecen como elementos deseables para el formato de una entrevista, iniciar con una narración libre por parte del entrevistado, con preguntas abiertas del entrevistador para que el relato presente menor posibilidad de error y mayor exactitud, limitando elementos iniciales de distorsión y sugestión para la persona.

En el caso de una entrevista clínica se suele iniciar con una metodología similar, es decir iniciar con preguntas abiertas para que se permita la descripción de síntomas en sus propias palabras y luego ir delimitándolas hasta llegar en temas esenciales y muy específicos que puedan dar pie a realizar preguntas cerradas con base a lo brindado por la persona y así centrarse en la naturaleza y descripción de síntomas (para poder descartar luego los genuinos de los simulados). A pesar de que se manejan aspectos similares, es esencial también observar el desempeño no verbal pero como se ha recalcado, darle un énfasis primordial al discurso y otras características asociadas a él como la extensión y calidad de detalles, que en un contexto de recabar un testimonio lo esencial es el recuerdo, pero que a nivel de valoración de la simulación el foco es la especificidad en cuanto a sintomatología.

En contextos de entrevista forense, la falta de detalles se subsana con una profundización, en un momento avanzado de la entrevista, de preguntas cerradas en las que deben procurarse la exclusión de frases sesgadas. Lo que se establece como deseable es plantear primero un formato narrativo y posteriormente afinar algunos detalles con preguntas un poco más guiadas o cerradas, hasta conducir finalmente a la consulta de detalles que se desean tener claros. Otra estrategia descrita por Resnick y Knoll (2008) consiste en preguntar cuestiones relevante en el momento en que han "bajado la guardia", por ejemplo durante un descanso o un momento de "relajación" durante la evaluación.

Para los citados autores, quien tenga a cargo ese tipo de trabajo debe prestar atención a evidencia de inconsistencias o contradicciones ya que inconsistencias internas pueden darse cuando los simuladores reportar síntomas severos, tales como confusión mental o pérdida de la memoria, pero pueden articular múltiples ejemplos de confusión o pérdida de memoria. Otro tipo de inconsistencias internas se pueden dar cuando los simuladores dan versiones contradictorias de la historia. Las inconsistencias externas se verían en hechos como marcadas discrepancias entre lo que los informes que se brindan y los síntomas observados así como el nivel de funcionamiento reportado y el que es apreciado por el evaluador.

En los casos de sospecha de psicosis simulada, se debe preguntar acerca de los detalles específicos de las alucinaciones y los delirios, ya que por ejemplo, un simulador puede reportar ver alucinaciones visuales en blanco y negro, mientras que las alucinaciones visuales genuinos se ven típicamente en color. Aunado a esto es vital recalcar el hecho de que se debe determinar si la simulación posee: Una motivación consciente y una motivación o incentivo externo, en oposición al deseo de asumir el papel de enfermo. Además de lo anterior, Resnick et al (2008) sugieren que para, llegar a una conclusión firme de la psicosis simulada se debe observar:

- Presentaciones incoherentes o contradictorias
- Presentaciones clínicas improbables o incongruente
- Apoyo con datos los datos colaterales.

Todo esto nos deja claro el panorama de que la técnica de entrevista debe aplicarse con la mejor disposición y rigurosidad posible y que a pesar de que posteriormente se complementará con la aplicación de pruebas, esto no debe desdeñar un adecuado y laborioso esfuerzo en esta importante etapa de valoración.

Una pregunta básica pero clave que podría surgir luego de repasar estos aspectos generales de la entrevista sería: ¿Cuál es la técnica y la forma adecuada de plantear las preguntas para obtener la información que necesito? Se ha mencionado con anterioridad que centrarse únicamente en la búsqueda de indicadores de “mentira” al no poseer respaldo científico sesga el abordaje y lo hace incompleto, por lo que un nuevo derrotero de investigación se inclina más bien a la búsqueda de indicadores de verdad como lo sugieren de Paulo, Charlton, Cooper, Lindsay y Muhlenbruck, (1997, citado por Garrido, Masip y Herrero, 2006).

Se reseñaran de forma ilustrativa algunas técnicas y criterios utilizados en el campo forense sin que esto implique que los criterios puedan servir de complemento a un formato de entrevista diferente para el que fueron creados. La finalidad es despertar la curiosidad y ahondar en la necesidad de profundizar la investigación de estos y otros métodos de entrevista ya sea tanto para entrevistas a testigos o ayudarse a profundizar en caso de explorar posibilidad de simulación.

#### 5.1.4.1. Evaluación de la Validez de una Declaración, o Entrevista Paso a Paso (Técnica de entrevista para niños y adolescentes, usualmente utilizada en caso de abuso sexual infantil).

Esta técnica fue desarrollada por el psicólogo forense alemán Undeutsch desde 1954, llamada en un inicio “Evaluación de la Realidad de una Declaración” (Undeutsch, 1989), y ha recibido aportes de otros autores para ser conocida en una versión más reciente como “Evaluación de la Validez de una Declaración” (SVA por sus siglas en inglés; Juárez, 2004). Presenta 3 fases, en una de ellas se realiza un “Análisis del Contenido Basado en Criterios” (CBCA) (Offe, 2000), en la cual los evaluadores examinan la entrevista transcrita en función de 19 criterios para los cuales determinan la presencia o

ausencia de cada uno. El grado de credibilidad se determinará en función del número y calidad de los criterios presentes en la declaración, siendo que a mayor número y calidad de criterios presentes, mayor credibilidad: Es decir, se trata de valorar criterios de verdad y su presencia en la declaración. Algunos de los juicios de verdad tomados en cuenta son:

- **Estructura lógica:** Relatos con coherencia, ausentes de contradicciones internas sin que sus distintos segmentos sean inconsistentes o contradictorios entre sí.
- **Producción desestructurada:** Se espera que la información se encuentra dispersa más que organizada en un orden lógico y cronológico. Esta producción desestructurada se da cuando la persona está molesta o alterada por el suceso. Se ha observado que adultos víctimas de agresión sexual, también acostumbran a dar la información de manera desestructurada e incoherente.
- **Cantidad de detalles:** La narración debe ser rica en detalles, contener descripciones específicas sobre el lugar, momento, personas que intervienen, objetos y acontecimientos que tenían lugar durante el suceso.

Se presentan también criterios que se refieren a contenidos específicos dentro de la declaración y que se supone revelan el nivel de concreción y de recuerdo vivido.

- **Anclaje contextual:** Los acontecimientos están situados en un tiempo y lugar, y sus acciones están conectadas con actividades diarias, hábitos o costumbres.
- **Descripción de las interacciones:** La declaración contiene información sobre interacciones que en casos de víctimas o testigos, involucran a estos y al delincuente.
- **Reproducción de las conversaciones:** Se reproducen conversaciones o parte de ellas que tuvieron lugar originalmente, se reconocen diferentes interlocutores y existe una réplica del contenido del diálogo mínimo de una persona.
- **Complicaciones inesperadas durante el incidente:** Existen elementos que son incorporados a la narración, de una forma inesperada.
- **Detalles poco usuales:** De personas, objetos o acontecimientos infrecuentes y/o únicos pero que dentro del contexto de ese suceso tienen sentido.

- Detalles superfluos: Cuando la persona describe detalles periféricos con relación a aspectos que no son esenciales para la acusación de casos judiciales.
- Relación precisa de los detalles mal interpretados: Se habla de detalles más allá de la comprensión de la persona como testigo de un hecho. En testigos estos interpretan algo del medio en relación a sus esquemas personales.
- Asociaciones externas relacionadas: Se explican acontecimientos que no necesariamente forman parte de un hecho denunciado o vivenciado, pero que pueden relacionarse con delitos o hechos similares.
- Explicación de estados mentales subjetivos: cuando un testigo, describe sentimientos o pensamientos acontecidos durante el incidente, o informa sobre pensamientos como por ejemplo formas de escapar de la situación.
- Atribución del estado mental del delincuente. Es cuando la persona describe los sentimientos, pensamientos o motivos del delincuente durante el incidente: por ejemplo menciona que se noto nerviosismo en éste.

Posteriormente, los estudiosos de esta técnica analizan otros criterios referidos a la manera en que la declaración ha sido presentada por testigos así como el análisis de pasajes muy específicos dentro de la declaración. Se estiman como importantes los siguientes elementos:

- Correcciones espontáneas: Se generan estas correcciones o se agrega más información de forma espontánea al material proporcionado.
- Admisiones de falta de memoria: Se admiten espontáneamente faltas de memoria, diciendo que no se recuerda exactamente lo ocurrido o pasajes específicos.
- Levantar dudas sobre el propio testimonio: Se da preocupación por el hecho de que alguna parte del relato pueda parecer incorrecto o difícil de creer.
- Auto-desaprobación: La persona podría presentarse a sí misma de manera desfavorable indicando incluso aspectos inculpatorios como: “Se que fue tonto de mi parte dejar la puerta abierta”.

- Perdón al delincuente: Se tiende a favorecer al delincuente excusándolo por su conducta, cuando se afirma alguna compasión de que la persona vaya a la cárcel ya que no fue intención de esta hacerle daños.

Se aplica también un último criterio referente a la declaración de una persona en calidad de testigo en relación con las características específicas del tipo de delito.

- Detalles característicos del delito: Una persona podría describir los hechos que vivencia de la misma manera en que un profesional sabe que se pueden desarrollar, es decir, el testigo sin ser abogado, médico o investigador cuenta aspectos que solo estos profesionales conocerían de antemano que ocurrirían en la comisión específica de cierto delito.

Para quienes utilizan este método, se estudia la presencia de los 19 criterios realizándose una valoración final de la relevancia del testimonio en presencia de ciertas variables como edad del testigo, tipo de delito o si ha declarado varias veces sobre el mismo delito para así clasificar el grado de credibilidad del testimonio. Para el interés del presente trabajo, es importante que una persona que desee conocer dinámicas de la simulación tenga un acercamiento básico a estos elementos para así analizar otras estrategias que se han utilizado para establecer criterios de veracidad, aún cuando el contexto y la condición de la persona es diferente.

En una persona testigo o víctima de un hecho, se busca un relato lo más confiable y exacto posible; en el caso de una persona en que sospechan elementos de simulación para obtener una ganancia evitando procesos judiciales u obtener otro tipo de beneficios, se entiende que esta describirá procesos internos sobre una condición de salud mental deteriorada e incapacitante. Es por ello que un análisis detallado de su relato e historia clínica es vital para encontrar elementos que merezcan una mayor profundización.

Se ha insistido en la peligrosidad de extrapolar arriesgadamente técnicas y criterios como los expuestos, sumado al hecho de que la literatura sugiere prudencia en la aplicación forense del CBCA ya que se requiere de estudios que aporten un mayor soporte empírico sobre la validez de todos los criterios, de forma tal que se puedan explicar faltas de

concordancias entre algunos de los diferentes estudios realizados sobre el tema como lo señalan López y Zaldivar (2002). Aún con estos elementos, que son una constante al estudiarse procedimientos científicos en un área tan sensible y subjetiva como esta, se considera que no está de más valorar estos factores para detectarlos y prestarles atención, ahondando en los mismos con herramientas que generen diversidad de datos que puedan ser objeto de una valoración más amplia, rigurosa y sobre todo integral.

Al señalar los citados criterios para obtener un conocimiento general, es necesario también conocer el sustento teórico que los fundamenta para entender el porqué se estima que estos elementos estarían presentes en una declaración verdadera, lo anterior sin entrar en contradicción con los señalamientos que se han brindado. Para tales efectos se citará a Vrij (2000, citado por Soria y Roca, 2005), quien explica las 7 principales razones que justifican los diversos criterios:

- Personas que fabrican historias, usualmente no tienen la suficiente imaginación como para inventarse características de detalles relevantes, no son lo suficientemente creativos para introducir complicaciones, reproducir fragmentos de conversaciones o interacciones entre las personas.
- Quienes fabrican mentiras podrían ser creativos como para incorporar ciertas características en sus historias, pero si no saben que los expertos usan esas características para evaluar su declaración, es poco probable que se les ocurra utilizarlas.
- A quienes inventan mentiras les falta suficiente conocimiento para incorporar algunos de los criterios en la fabricación de sus historias, esto tiene relación con el criterio que indica: Si una persona no conoce características específicas de un delito, es muy difícil que las llegue a describir.
- Es muy difícil incorporar en una misma declaración falsa, todos los criterios descritos.
- Los que intentan inventar historias no se atreven en general a brindar demasiados detalles por el temor de que se les olvide datos brindados y eso es problemático, porque se le puede pedir que cuente la misma historia una y otra vez lo que puede crearles confusión.

- Las personas que inventan historias no les gusta dar muchos detalles por el hecho de que algún observador puede verificar si los detalles son ciertos, cada detalle proporciona la posibilidad de confirmar si la historia es verídica o no.
- Los fabricantes de mentiras no incluyen en sus relatos aspectos como falta de memoria o levantar dudas sobre el propio testimonio, porque creen que estas características contribuirían a hacer que las declaraciones fueran menos creíbles.

El CBCA es parte de este instrumento y ofrece elementos muy importantes para realizar el análisis de una declaración, pero por sí solo no es suficiente para sacar una conclusión definitiva sobre la veracidad de la declaración. Para brindar mayor validez al instrumento se desarrolló una lista de prueba de validez. En dicha lista, si se produce una respuesta negativa a cada uno de los tópicos, se da por válido el contenido, en cambio si las respuestas son afirmativas estas levantan dudas sobre la validez de los resultados aportados. Los 11 tópicos valorados son los siguientes:

- Lenguaje y conocimientos inapropiados.
- Afecto inapropiado.
- Susceptibilidad a la sugestión.
- Preguntas sugerentes, directas o coercitivas.
- Inadecuación general a la entrevista.
- Motivos cuestionables.
- Contexto cuestionable en la investigación inicial o en el informe.
- Presiones para dar falso testimonio.
- Inconsistencia con las leyes naturales.
- Inconsistencia con otras declaraciones.
- Inconsistencia con otras evidencias.

Como se pudo apreciar, esta técnica se elaboró de forma compleja pero centrada en buscar elementos de verdad, sin dejar de ser este paradigma complejo para quienes realizan esta tarea de una forma más cotidiana, como los profesionales del sistema de justicia. Se recomienda en general esta metodología para su aplicación con niños y adolescentes

recomendándose a quien desee profundizar en el tema con este tipo de población, la consulta de los trabajos de Juárez (2004). Lo anterior teniéndose en cuenta otro tipo de cuidados como nos indican Godoy e Higuera (2005) quienes advierten que debido a que el CBCA se desarrolló para valorar declaraciones de menores, es probable que algunos criterios no funcionen con adultos, como el que estima la “incomprensión de detalles relatados con precisión”; es por ello que harían falta estudios encaminados a definir un grupo de criterios aplicables a los testimonios de adultos. Es por ello que, en base a los inconvenientes encontrados y que merecen una mayor profundización en la investigación el CBCA, se debe considerar exclusivamente a este instrumento como un elemento de apoyo y nunca como una herramienta suficiente sobre la cual se base, según estos autores, la toma de decisiones judiciales. Valga resaltar que esta observación como se comentó al inicio de este trabajo, también se aplica a las pruebas psicológicas y a la función del profesional en psicología en el contexto costarricense.

Pero sin ningún afán de pretender extrapolaciones arbitrarias, algunos estudios han demostrado la hipótesis de que los observadores que fueron precisos en su detección de las mentiras de los adultos, pueden ser igualmente precisos en su detección de las mentiras de los niños (Edelstein, Luten, Ekman y Goodman 2006) y que en estos últimos es más fácil detectar este tipo de dinámicas, por lo que apreciar dinámicas en población de infantes y las técnicas que se aplica para ello sería igualmente enriquecedor para ejercitar un entrenamiento y desarrollar pericia cuando se deban hacer análisis en contextos de personas adultos.

Además de tener en cuenta el punto anterior, los resultados del estudio de los autores son consistentes con otros en los que se sugiere que algunos individuos pueden ser particularmente hábiles en la detección de mentiras, hecho que si bien no se ha comprobado científicamente, posee elementos dignos de mención y atención para acercarse a este tipo de dinámicas pero siempre con el respaldo de adecuados instrumentos que sustenten los análisis realizados.

Otros estudios indican elementos importantes a tener en cuenta como los señalados por Bembibre e Higuera (2010), quienes documentaron la utilidad de aspectos como

detalles sensoriales, temporales y contextuales así como operaciones cognitivas a la hora de estimar la precisión y credibilidad del testimonio. En su estudio, los participantes sinceros proporcionaron más información perceptiva, pero menor cantidad de elementos relacionados a procesos cognitivos, contrario a sujetos mentirosos que generaban mayor prevalencia de elementos cognitivos frente a aspectos sensoriales.

Finalmente y de acuerdo a lo observado en el presente apartado, se considera que existen suficientes elementos para pensar que el comportamiento verbal es una vía valiosa para apreciar dinámicas que acerquen a una valoración más adecuada de la credibilidad del testimonio, ya que ésta área de estudio es la que ha recibido mayor apoyo en la investigación científica y es la que ha generado mejores estrategias que se encuentran en continuo mejoramiento y estudio.

Parece también que lo más adecuado para tratar de realizar juicios e interpretaciones adecuadas de esta serie de dinámicas sería, además de disponer de la mayor cantidad de información colateral posible, lograr la recolección de la mayor cantidad de datos que el evaluador pueda recolectar por medio de su entrevista pero también de instrumentos complementarios que le generen un buen sustento para afianzar apreciaciones finales.

En el caso de especialistas en psicología clínica, cuyo paradigma es diferente al forense, se considera necesario tener en cuenta este tipo de referencia para enriquecer su juicio clínico sin intentar sustituirlo. Pero la identificación de dinámicas como simulación para evitar procesos judiciales amerita la implementación de otras herramientas que colaboren a la visualización de contextos amplios que complemente y ayuden a sustentaciones firmes para la toma de decisiones clínicas al respecto. Se debe insistir finalmente en que este tipo de metodologías se diseñaron para las personas que deben evocar un recuerdo y no hablar de sí mismas, como en el caso de la simulación, pero ciertos mecanismos, dependiendo de la forma de exploración, arrojan luz sobre estos fenómenos para ambos casos.

#### *5.1.5. Detección Multimodal de la Simulación.*

Se ha mencionado en apartados precedentes como se presentan limitaciones valorativas por los criterios unidimensionales DSM-IV y CIE-10 en la evaluación de la simulación. Por ello se han dado esfuerzos para proponer modelos alternativos que enfatizan el examen detallado de los datos de las pruebas y la concurrencia de la información antecedente disponible (Slick, Sherman y Iverson, 1999; Bianchini, Greve y Glynn, 2005, citados por Hernández, 2011). La simulación al ser un fenómeno multideterminado y multidimensional exigiría una evaluación compleja y multifacética apoyada en la administración de instrumentos que sean empíricamente validados, procurando una detección sistemática de dinámicas simuladoras así como una investigación cuidadosa de las motivaciones subyacentes a ella. Por este motivo Hernández (2011) señala que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información se convierte en un elemento esencial para asegurar el diagnóstico de simulación. Así, la detección de la simulación se fundamenta la convergencia de datos provenientes de distintas fuentes de información como lo son: entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas y evaluación conductual entre otras.

El citado Hernández indica que en la actualidad destacan dos sistemas operativos para el diagnóstico multidimensional de la simulación, utilizados ambos de forma amplia para la investigación así como la práctica clínica de la evaluación de trastornos psicológicos, neuropsicológicos y enfermedades médicas en distintos contextos. Refiere los desarrollos realizados por Slick, Sherman y Iverson (1999) (que se desarrollará en el apartado 2.3.6) y el modelo realizado por Bianchini, Greve y Glynn (2005). Ambas propuestas se basan en la información convergente obtenida a través de distintas fuentes de información, que sirve para determinar distintos grados de precisión en la clasificación de los sujetos evaluados, a saber: simulación definitiva, simulación probable y simulación posible.

Se señala que ambas propuestas coinciden en dos criterios fundamentales para considerar simulación: (1) presencia de incentivos externos significativos y (2) los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos (diagnóstico diferencial). Sin embargo los citados modelos se diferencian en las fuentes de

información que son consideradas para el diagnóstico de simulación. Hernández (2011) señala que mientras la propuesta de Slick et al. (1999) se orienta a la evaluación de la simulación del daño neurocognitivo teniendo en cuenta evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica y la realizada mediante autoinforme; la propuesta de Bianchini et al. (2005) por su parte estaría más orientada a la detección de la simulación del dolor crónico incluyendo las citadas fuentes pero añadiendo la datos procedentes de la evaluación física/médica.

Si bien ambos modelos diagnósticos son perfectamente compatibles y pueden utilizarse juntos para llegar a un refinamiento del diagnóstico de simulación, a juicio de Hernández, los criterios propuestos por Bianchini y su equipo son más amplios y consideran más fuentes de información a tener en cuenta a la hora de determinar la existencia de simulación. El siguiente apartado se toma de forma literal de Hernández (2011) para describir el modelo desarrollado por Bianchini et al (2005).

#### 5.1.5.1 Detección Multimodal de Bianchini, Greve y Glynn.

Bianchini et al. (2005) consideran que para determinar simulación deben cumplirse una serie de criterios que incluyen, además de la existencia de incentivos externos significativos y el diagnóstico diferencial, información suficiente procedente de la evaluación física/médica, neuropsicológica y mediante autoinforme (entrevista y pruebas psicológicas). En detalle, se ha de considerar:

#### ***Cuadro 8: Modelo Detección Multimodal de Bianchini, Greve y Glynn.***

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Elementos importantes</b>
<b>A</b>	Evidencia de incentivos externos significativos contingentes con un patrón de exageración o fabricación de síntomas (estatus de litigancia, pensión por discapacidad, indemnizaciones por parte de aseguradoras, prolongación de bajas laborales, obtención de más	

	medicación psicoactiva).	
<b>B</b>	Evidencia procedente de la evaluación física. Evidencia de que las habilidades, capacidades y/o limitaciones demostradas a lo largo de una evaluación física formal son consistentes con la exageración de las quejas y síntomas somáticos y la disminución exagerada de la capacidad física. Este aspecto puede operativizarse mediante la detección de:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesgos rendimiento físico: realización de pruebas rendimiento evidencian existencia de disminución de capacidad física, no concordante con patología diagnosticada;</li> <li>2. Discrepancia valoración subjetiva de dolor y reactividad psicofisiológica concomitante;</li> <li>3. Síntomas/quejas informadas divergen de con evidencia patofisiológica existente</li> <li>4. Discrepancia entre actividad física mostrada por el paciente durante la evaluación formal con la actividad física demostrada cuando el individuo no sabe que está siendo evaluado.</li> </ol>
<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Elementos importantes</b>
<b>C</b>	Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica. Evidencia de que los déficits neurocognitivos (capacidad de concentración, percepción, memoria, etc.) demostrados a lo largo de una evaluación formal son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva. Este criterio se operativiza en:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas;</li> <li>2. Rendimiento consistente con exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo;</li> <li>3. Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral;</li> <li>4. Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducta observable y objetivable del paciente.</li> </ol>
<b>D</b>	Evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme. Evidencia que los síntomas, quejas y limitaciones autoinformadas por el paciente son consistentes con un patrón de exageración de síntomas y discapacidad a nivel físico, cognitivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discrepancia conducta del paciente cuando es formalmente evaluado versus cuando no sabe que está siendo evaluado,</li> <li>2. Quejas autoinformadas inconsistentes con evolución de la historia clínica del paciente;</li> <li>3. Síntomas autoinformados discrepan con patrones conocidos de funcionamiento fisiológico/neurológico del dolor y discapacidad referida a patología en cuestión;</li> </ol>

	y/o emocional. Este criterio puede operativizarse a través de:	4. Síntomas autoinformados discrepan con conducta observable y objetivable; 5. Patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de simulación de síntomas.
<b>E</b>	Los criterios no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos. La simulación se entiende como un patrón de conductas intencional, para la obtención de un beneficio externo. Se clasifica la simulación en niveles de certeza diagnóstica:	<b>Simulación confirmada:</b> confirmación mayoría criterios/subcriterios A, B, C, D y E; <b>Simulación probable:</b> confirmación criterios A y E + dos o más subcriterios B, C y/o D; y <b>Simulación posible:</b> confirmación de criterio A + un subcriterio de B, C y/o D. No es necesario confirmación de E.

**Cuadro 8: Tomado de Bianchini et al (2005).**

Teniendo en cuenta todo lo tratado hasta el momento, las claves para la detección de la simulación se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- ✓ Evidencia de un incentivo externo o de la producción intencional de los síntomas.
- ✓ El paciente presenta inconsistencias en diversas pruebas psicológicas y físicas, o en distintos ámbitos (médico, psicológico, fisioterapéutico, rehabilitación, etc.)
- ✓ Convergencia de datos de diferentes fuentes, profesionales y pruebas psicológicas, neuropsicológicas, médicas, etc.
- ✓ La detección de la simulación exige una evaluación multimétodo/multisistema.

Otros investigadores han propuesto elementos de importancia para la determinación de la simulación, como se aprecia en la recopilación realizada por Tapias (2004) de varios autores (Tapias, Bello, Gómez y Vesga, 2004; Iruarruzafa, 1999; Marcó, Martí y Pons, 1990; Delgado, Esbec y Pulido, 1994; y Rogers, Sewell, Morey y Ustand, 1996). Los mismos se citarán amplia e íntegramente en el presente trabajo pudiéndose hallar este y otros temas relacionados en el texto original para quienes deseen profundizar en la visión de dicho autor:

### 5.1.5.2.Criterios para la Detección de Simulación. Tapias (2004).

#### ***Comportamiento durante la evaluación forense***

- ❖ Retienen información y no cooperan
- ❖ Llaman la atención sobre su enfermedad
- ❖ Presentan alteraciones del lenguaje no verbal.

#### ***Características de los síntomas simulados***

- ❖ Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad.
- ❖ Fingimiento de síntomas más que cuadros diagnósticos íntegros.
- ❖ Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos.
- ❖ No se da perseveración de los síntomas por períodos largos.
- ❖ Dificultad para fingir síntomas fisiológicos.
- ❖ Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula.

#### ***Aspectos del historial clínico y judicial***

- ❖ Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado.
- ❖ Discrepancia entre el auto- reporte y los archivos médicos.
- ❖ Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas.
- ❖ Evidencia de complicidad.
- ❖ Certeza de engaños anteriores.

Diferentes investigadores brindan elementos que su experiencia profesional les ha brindado y que se pueden complementar a otros fenómenos de la simulación. Uno de ellos es Resnick (1997) citado por Inda et al (2005) quienes, como se describirá a continuación, brindan algunos principios que consideran se deben tener en cuenta al estimar elementos de simulación:

- *Alucinaciones auditivas:* a los simuladores se les deberá preguntar sobre las estrategias que usan para reducir o hacer desaparecer las voces. Los verdaderos

pacientes suelen disminuir estas alucinaciones cuando la esquizofrenia está en fase de remisión, en tanto en los brotes agudos se dan con mayor frecuencia. Las estrategias de afrontamiento de pacientes con esquizofrenia incluyen actividades como trabajar, ver televisión, cambiar la postura, caminar, conversar con personas cercanas e incluso tomar medicación. Las anteriores acciones son recomendadas al evaluar posibles simuladores, debido a que si la persona no tiene un conocimiento profundo de la enfermedad e, muy posiblemente durante la entrevista no proporcionará ese tipo de datos.

- *Alucinaciones genuinas*: caracterizadas por un amplio rango ya sea de susurros o gritos sin sentido, estimándose que la cadencia del discurso es normal. Caso contrario, los simuladores a veces refieren el contenido de sus alucinaciones conteniendo un lenguaje artificioso y complicado.
- *Alucinaciones visuales*: Resnick indica que se debe sospechar de contenidos dramáticos o atípicos.
- *Delirios*: En los simuladores se refieren apariciones repentinas, contrario al hecho de que en los delirios reales su construcción se genera a lo largo de meses o años hasta lograr su sistematización. El autor estima que en la valoración del carácter genuino de un delirio se debe tener en cuenta su contenido, ya que en los casos que se sospecha simulación los mismos suelen ser persecutorios o de grandiosidad, siendo raras veces auto-despreciativos. Aunado a ello la conducta de los simuladores no suele estar acorde con el supuesto delirio en tanto en personas psicóticas, éste posee mayor importancia.
- *Mutismo*: Puede aparecer como síntoma aislado o como parte de una psicosis simulada. Resnick refiere que la catatonía o la flexibilidad cética son muy difíciles de mantener durante periodos prolongados por lo que se puede observar cómo reacciona la persona a un pinchazo en la espalda, para comprobar si esta finge. Personas con verdadera catatonía generará una respuesta si han visto previamente o no el estímulo doloroso. Los sospechosos de simular responderán de manera diferente, dependiendo si anticipan o no el estímulo doloroso. Se indica que si la persona ve a alguien acercarse 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.

- *Trastornos de conversión*: Resnick indica que el criterio diferencial consiste en que el mutismo esté bajo el control voluntario de la persona. Conocer detalles acerca de cómo se dejó de hablar es de suma importancia. Personas con trastorno conversivo suelen ser capaces de escribir, susurrar y suelen tener historia de otros síntomas de conversión (un trastorno disociativo por ejemplo); en tanto es más frecuente hallar en simuladores conducta antisocial con mentiras e historial criminal.
- *Simulación de depresión psicótica*: En este caso la variación diurna de síntomas es parte de su manifestación clínica. Una verdadera depresión mayor mostrará gravedad de síntomas, disforia en las mañanas y cierta mejoría en las tardes o al final del día. Esta oscilación clínica es probable que no sea referida por simuladores.

Por otra parte se mencionará varios elementos que según Ruiz (2007) desde su práctica profesional, serían valiosos indicadores de simulación:

- Descripción de alteraciones psicopatológicas inexistentes.
- Cuadros psicopatológicos descritos como planos, que no suelen evolucionar en el tiempo empeorando en lugar de remitir como sería lo esperable.
- Ausencia de representaciones afectivas, exteriorización de emociones fingidas.
- Reportar consumo de medicación durante largos periodos, llevando incluso fotocopias de recetas para dar fe de ello ya que no son capaces de describir físicamente los fármacos o indicar dosis diarias.
- Incongruencias al aportar información sobre cuadros clínicos.
- Describir graves problemas perceptivos e indicar elementos dramáticos como no poder ver o leer, pero en otros momentos la persona puede decir que paso tiempo resolviendo “sopas de letras” u otras actividades donde se requieren dichas destrezas.
- Aportación de información inconsistente que puede modificar el contenido de su discurso al relatar los falsos síntomas a través de varias sesiones.
- Reporte de síntomas que no se corresponderán con la observación clínica.

- Se debe recabar información de terceros para corroborar la obtenida con la persona y así detectar inconsistencias.
- Determinar si los simuladores ceden al sesgo confirmatorio de preguntas sugestivas y/o sugerentes relativas a dificultades o alteraciones psicopatológicas.
- Al aplicar cuestionarios o tests de autoinforme, contestan positivamente a ítems que rastrean la presencia de síntomas o alteraciones que la persona no había comentado con anterioridad en la entrevista de exploración.
- En pruebas proyectivas se puede observar producciones gráficas de tipo expansivo en sujetos que alegan depresiva o en psicométricas con escalas de validación, se puede apreciar una disposición de la persona a falsear la realidad.
- Solicitar a la persona explicaciones sobre el significado de términos o expresiones clínicas que pueda utilizar ya que según el autor, en ocasiones pueden resultar vacías de contenido.
- Cuando el cuadro simulado comporta una alteración psicomotriz se aconseja ampliar el tiempo de exploración, toda vez que se podría presentar en el sujeto cansancio, generando que el síntoma referido se pueda tornar intermitente.

Otros ejemplos que se pueden citar como estrategias multimodales de detección de la simulación son:

#### 5.1.5.3. Entrevista Clínico Forense: Arce y Fariña (2005).

“La Entrevista Clínico Forense” se refiere como una fuente de obtención de información, con implicaciones para la fiabilidad de un testimonio, elementos que son diferentes a los instrumentos que usualmente son desarrollados a nivel clínico y sobre los cuales subyace como base la sinceridad de la persona que se está tratando y busca ayuda. Esta dinámica más clínica se debe manejar con cuidado ya que para el estudio de la simulación como se realiza en contextos forenses, se echa mano de entrevistas más estructuradas ya que otros métodos como las entrevistas semi- estructuradas, al igual que

los listados de síntomas, no cumplirían con el propósito de una detección más exacta de la simulación de síntomas psicóticos, ya que algunos formatos de estos instrumentos más clínicos proporcionarían más bien la información que podría facilitar incluso la simulación.

Los autores por ejemplo citan que ante la pregunta: ¿tiene usted dolores de cabeza? (pregunta de la prueba de Los Noventa Síntomas SCL-90-R, Derogatis, 2002), una persona simuladora tendría frente a sí el insumo facilitador para dar una respuesta de simulación. Estas preguntas proporcionarían desde su óptica, a elementos conducentes a la selección de síntomas, relacionados a determinadas enfermedades o trastornos psíquicos, lo que sería suficiente para generar reportes pertenecientes a ciertas patologías. Se cita al respecto que no existen referencias que determinen que la entrevista clínica tradicional ayude a determinar un diagnóstico de simulación (Rogers, 1997).

Para fundamentar su propuesta, los autores estiman que si bien algunos instrumentos psicométricos poseen escalas de validez, no son prueba suficiente para determinar simulación ya que:

- ❖ Determinar simulación es compatible con la formulación de otras hipótesis alternativas.
- ❖ No clasifica correctamente a todos los simuladores
- ❖ No proporcionan diagnósticos sino impresiones diagnósticas.

Es por ello que para los autores, opinión compartida en este trabajo, una toma de decisiones basada única y exclusivamente en los indicios que brindan algunos de estos instrumentos, puede generar una omisión sistemática de dos tipos de errores: falsos positivos (catalogar a enfermos reales como simuladores) y errores de omisión (no detectar como simuladores a sujetos que realmente están simulando). Tales aspectos condujeron a la creación de una estrategia de evaluación multi método en la cual pueda tener cabida una entrevista de orden clínico pero que según ellos permita un diagnóstico y sirva a su vez para contrastar datos obtenidos por otros métodos.

Es así como Arce y Fariña (2006) proponen lo que denominarán la “Entrevista Clínico-Forense”, misma que debe realizarse por un entrevistador entrenado, con

conocimientos de psicopatología, y durante la cual se pedirá a los sujetos que realicen un relato narrativo muy libre de los síntomas, así como las conductas y pensamientos que tienen en el presente, comparándolo con su estado anterior, en este caso del delito, siendo que si los sujetos no responden se les podrá preguntar por medio de consultas abiertas, pidiéndoles asimismo que informen sobre sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Continúan los autores reseñando que con el formato propuesto, se solicita la ejecución de una tarea que consiste en indicar “conocimiento” de los síntomas, a diferencia de lo que realizan otras entrevistas estructuradas o semi-estructuradas que más bien lo que hacen es presentar listados de síntomas para realizar una tarea de “reconocimiento” de síntomas. Por tales circunstancias, la entrevista como ellos la plantean no es en formato “interrogatorio”, sino más bien no directiva orientada a la reinstauración de contextos por parte de la persona que realiza el relato, guiándose por una técnica de entrevista abierta en formato de discurso libre posterior a la cual se trata de realizar una reinstauración de contextos.

Los autores indican que este tipo de formato de entrevista ha demostrado ser fiable, válido y productivo en la detección de simulación en temas como TEPT relacionados con agresión sexual e intimidación citando estudios propios en este campo (Arce, Fariña y Freire, 2002), así como violencia de género (Arce y otros, 2004), accidentes de tránsito (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) y trastorno mental para declarar inimputabilidad (Arce, Fariña y Pampillón, 2002). Se describe a su vez que para esta metodología los autores crearon un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido denominado sistemas de categorías metódicas para el cual en hojas de registro se marcan los síntomas detectados ya sea relatados u observados y la detección de las categorías respondería a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos.

5.1.5.4. Protocolo de medida de la simulación de Arce y Fariña (2007). (Arce 2006).

Se procederá con la exposición del “Protocolo de Medida de la Simulación de Arce y Fariña”, citando amplia y detalladamente lo expuesto por estos autores. Ambos establecieron en primera instancia una serie de criterios positivos y negativos que fundamentan el desarrollo del protocolo y se detalla a continuación:

- ❖ *Criterios positivos:* comprende la falta de evitación de respuestas y la deseabilidad social.

Serían evaluados por escalas de control del MMPI en lo referente a la abstención significativa de brindar respuesta, que tienden a dar respuestas de deseabilidad social sin seguir estrategias típicas de simulación, lo que se podría entender más como indicio de veracidad del protocolo que un intento de simulación. El criterio en contextos forenses se ha entendido más como un indicador fiable de simulación (Rogers, 1992; Lewis y Saarni, 1993; Bagby et al., 1997), sin embargo este tipo de lectura no podría ser generalizada a otros contextos legales como la evaluación de daños según indican los autores.

- ❖ *Criterios negativos.* Resultados obtenidos por los autores evidencian que existen criterios negativos que anulan o mitigan la validez del protocolo.

El hecho que varios sistemas de medición (MMPI o entrevista) no detectan aún en protocolos válidos, enfermedad mental, por lo que si la enfermedad mental no es medible, no se puede sostener una inimputabilidad por esta causa. Estos y otros factores requerirán a criterio de los investigadores, la complementación de dos criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir en relación a la no imputabilidad, para lo cual se formula el concepto de “invalidez convergente” que requeriría al menos de dos indicios de invalidez para desestimar un protocolo como válido.

Para subsanar este aspecto se formula un protocolo de actuación que comprende acudir a medidas complementarios y concordantes (MMPI, Cuestionario 90 Síntomas

(SCL-90-R), entrevista y otros), aconsejándose el uso de dos sistemas de medida que requieran diferentes actividades como reconocimiento (en el MMPI) y conocimiento (una entrevista libre no directiva).

❖ *Análisis de consistencia interna de las medidas.*

Escalas de control, consistencia temporal de la entrevista, o interna de la entrevista en relación con el análisis de las seis estrategias que se describen son realizadas por los simuladores: síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, consistencia de síntomas, síntomas improbables, y severidad de síntomas.

Los autores recomiendan que dos evaluadores de forma separada, realicen la evaluación para así comprobar consistencia inter-evaluador. Esto para controlar sesgos de medida e interpretación.

- ❖ Estudio de la fiabilidad: para determinar la consistencia interna así como la inter-medidas e inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales, etc.), e inter-evaluadores.

Se propone el “Control de Falsos Positivos”, con enfermos reales considerados simuladores, mediante estudios de los antecedentes e historia general del sujeto así como de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez, además del cumplimiento de los criterios del “Modelo de Decisión Clínica” para el establecimiento de la simulación (Cunnien, 1997).

- ❖ Estudio de los antecedentes o “Anamnesis”.

Se sugiere el contar con la mayor cantidad de información del sujeto, para así facilitar la evaluación y poder reforzar la valoración con antecedentes, datos, estudio del comportamiento, otras pruebas documentales así como testimonios referentes al sujeto.

- ❖ *Estudio psicológico del grado de responsabilidad.*

Los autores indican que las medidas objetivas brindan datos referentes a información biológica, pero la misma necesita una complementación psicológica que clarifique la relación del estado mental con la responsabilidad penal. Por ello se hace

necesario tener presente que el estudio psicológico refleja las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto, que deben ser nulas o estar deterioradas para reducir su grado de responsabilidad o anular la misma al momento de los hechos.

- ❖ Como punto final los autores sugieren poner a prueba la “validez discriminante”.

Realizar una medida no relacionada con el caso, para lo cual sugieren valores de personalidad (prueba 16-PF), a la espera de que no guarde relación alguna con la evaluación objetivo y se deseche un intento de manipulación de la imagen ya sea positiva o negativa, para finalmente arrojar un resultado que se adhiera preferiblemente a las siguientes categorías: “probablemente simulador”; “probablemente no simulador”. Lo anterior dejando claro, como se ha establecido en otros apartados del trabajo, que la intención de establecer “certeza” es difícil en estos casos por lo que se deben brindar términos probabilísticos ya que los sistemas de evaluación aún con todas las medidas que se utilizan para garantizar la confiabilidad y validez, están sujetos a error.

Finalmente proponen en caso de duda razonable decantarse a favor de una tercera categoría o “indefinido”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” supone la asunción de un riesgo más allá del margen de error científico.

#### *5.1.5. Simulación de Disfunción Neurocognitiva.*

Otro tema que se relaciona con lo anterior es el estudio de lo que se ha llamado a nivel pericial como la Simulación de Disfunción Neurocognitiva (SDN), es decir cuando los intentos de simulación intentar abarcar al ámbito neuropsicológico. Se describirá a continuación el aporte que brindan Puerta, Betancour y Herrera (2009) quienes indican que en una valoración de esta área, la SDN puede tomar básicamente dos formas: La exageración deliberada de síntomas relativos a alteraciones neuropsicológicas, difíciles de definir y medir con precisión; así como la producción de bajo rendimiento en tests. Posteriormente Puerta et al (2009) retoman a Slick y otros (1999) para brindar un panorama de los siguientes criterios diagnósticos para la SDN:

**Cuadro 9: Criterios Diagnósticos de Simulación de Disfunción Neurocognitiva .**

Criterio	Descripción	Elementos.
<b>A</b>	Presencia de un importante incentivo externo al momento de valoración ( pensión de invalidez, evasión de proceso penal).	
<b>B</b>	En los resultados de pruebas neuropsicológicas se aprecian exageración o fabricación de disfunción cognitiva, demostrado al menos por uno de los siguientes aspectos:	<p>Definitiva respuesta de sesgo negativo.</p> <p>Probable respuesta de sesgo.</p> <p>Discrepancia entre los test y el curso del funcionamiento cerebral descrito en la literatura.</p> <p>Discrepancia entre los resultados del test y el comportamiento observado.</p> <p>Discrepancia entre el rendimiento de las pruebas y los informes colaterales obtenidos.</p> <p>Discrepancia entre el rendimiento de las pruebas y la historia documentada.</p>
<b>C</b>	Evidencia del auto-reporte. Los siguientes comportamientos son indicadores de posible SDN, pero su presencia no es suficiente para su diagnóstico, aunque uno o más de estos apoya la evidencia para sustentar el SDN. Inconsistencias significativas o discrepancias en los reportes de síntomas por parte del paciente, sugieren un intento deliberado por exagerar o fabricar déficits cognitivos.	<p>Discrepancia entre la historia auto-reportada y la historia documentada.</p> <p>Discrepancia entre síntomas auto-reportados y curso de funcionamiento cerebral descrito en la literatura.</p> <p>Discrepancia entre síntomas auto-reportados y conducta observada.</p> <p>Discrepancia entre el auto-reporte y los informes colaterales obtenidos.</p> <p>Evidencia de disfunción psicológica exagerada o fabricada.</p>

Criterio	Descripción	Elementos.
<b>D</b>	Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no están mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo que pueden producir disminución significativa de la capacidad para considerar normas tales como la necesidad para desempeñar el papel de enfermo, o en respuesta a una alucinación. Los comportamientos necesarios para cumplir con los criterios B y C son producto de un esfuerzo racional y motivado con el objetivo de adquirir algún incentivo externo como lo define el “Criterio A”.	

**Cuadro 9: Tomado de Puerta et al (2009).**

Los autores recapitulan realizando la siguiente propuesta de niveles del diagnóstico para los casos en que se considera existe niveles de “Simulación de Disfunción Neurocognitiva (SDN)”.

❖ ***Definitiva SDN. Clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva con ausencia de otras posibles explicaciones. Los criterios necesarios para este diagnóstico son:***

- Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).
- Definitiva respuesta de sesgo negativa (Criterio B1)
- Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no están mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo. (Criterio D).

- ❖ ***Probable SDN. Se indica por la clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva y la ausencia de otras posibles explicaciones.***

***Los criterios necesarios para este diagnóstico son:***

- Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).
- Dos o más tipos de evidencia obtenida en la valoración neuropsicológica, excluyendo la definitiva respuesta de sesgo negativa (dos o más criterios entre B2 a B6) o un tipo de evidencia obtenida en la valoración neuropsicológica, excluyendo la definitiva respuesta de sesgo negativa y uno o más tipos de evidencia del auto-reporte. (Un criterio entre B2 y B6, y uno o más criterios entre C1 y C5).
- Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no se encuentran completamente mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo (Criterio D).

- ❖ ***Posible SDN. Clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva en ausencia de otras posibles explicaciones. Paralelamente, es indicador de la presencia de criterios necesarios para el diagnóstico de Definitivo SDN o Probable SDN, excepto que otras etiología primarias no puedan ser descartadas. Los criterios necesarios para este diagnóstico son:***

- Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).
- Evidencia del auto-reporte (Uno o más criterios entre C1 y C5).
- Los comportamientos necesarios de los criterios C no se encuentran completamente mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo. (Criterio D) o los criterios para el diagnóstico de Definitivo o Probable SDN se cumplen a excepción del Criterio D. (p.e., una etiología psiquiátrica, neurológica o del desarrollo no puede ser descartada). En este caso, la etiología alterna no puede descartarse.

Recapitulando sobre el tema de la evaluación neuropsicológica, Hernández (2011) señala que el rendimiento neurocognitivo en pruebas de evaluación neuropsicológica de sujetos simuladores se caracteriza por presentar menor porcentaje de respuestas correctas en los ítems fáciles en comparación a aquellos ítems medios o difíciles (rendimiento subóptimo), y que los mismos se hallan por debajo del nivel esperado al azar. Otros elementos recapitulados por el autor y que se presentan de forma resumida son:

- Fallos en ítems muy simples.

- Inconsistencia en respuestas; ejecución correcta de ejercicios complejos en contraste a una ejecución incorrecta de ejercicios más sencillos (implicando ambos tipos los mismos procesos cognitivos).
- Alta incidencia de respuestas “aproximadamente correctas” en oposición a las “claramente incorrectas”
- Rendimiento por debajo de lo esperable por azar en pruebas de elección entre dos alternativas.
- Inconsistencia en ejecución de diferentes pruebas que exploran iguales funciones neuropsicológicas.
- Demora entre el momento de la lesión y el comienzo de los síntomas.
- Incompatibilidad entre el resultado de las escalas y el perfil de síntomas con las lesiones neurológicas subyacentes.
- Falta de coherencia entre resultados de tests formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana.
- Bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente.
- Puntuaciones especialmente bajas en tareas motoras y sensoriales.

Así mismo, Hernández citando a Bender y Rogers ( 2004), describe la existencia de diversas estrategias para detectar el engaño en pruebas neuropsicológicas:

❖ Deterioro excesivo

- Efecto suelo: fallos excesivos en ítems muy simples.
- Validación de síntomas: fallos por debajo del azar en ítems de elección forzada entre dos alternativas de respuesta.
- Elección forzosa: Identificación de un rendimiento inferior al esperable en base a criterios normativos.

❖ Patrones inesperados

- Curva de rendimiento: rendimiento similar en ítems fáciles y difíciles.
- Magnitud del error: respuestas inesperadas en tareas de elección forzada.
- Presentación atípica: Estudio de patrones de respuesta que raramente se presentan cuando existe daño neurológico genuino.

## ***5.2.Pruebas Psicológicas para Evaluar Simulación.***

Rogers (2008) brinda apoyado en otros autores (Rogers, Harrell, y Liff, 1993) una descripción de lo que considera son adecuadas estrategias de detección de la simulación. Para él, una buena estrategia de detección consiste en un método estandarizado, con bases conceptuales y empíricamente validada, que pueda diferenciar sistemáticamente entre un estilo de respuesta específico (como la simulación o una actitud defensiva) de otros estilos de respuesta (como el ser honesto). Una descripción como esta incluiría cinco criterios críticos:

- Un método estandarizado
- Las bases conceptuales,
- Validación empírica,
- Diferenciación sistemática, y finalmente
- Un estilo de respuesta específica.

Por ello para que un estrategia de detección se considere adecuada, debe cumplir con los citados cinco criterios, y se le deben sumar otros factores como poseer una validación cruzada con diferentes medidas. En caso de que una estrategia no sea eficaz a través de diferentes medidas, entonces la misma no estaría lo á suficientemente establecida y reduciría su eficacia para los objetivos propuestos. Asimismo las estrategias de detección de los estilos de respuesta deben ser objetivas, centrándose en un estilo de respuesta específica dentro de un dominio particular.

Las estrategias de detección de estilos de respuesta forman dos categorías generales, una de las cuales se centra en presentaciones poco comunes de respuesta o bien en presentaciones amplificadas de respuestas. Para las presentaciones poco comunes, las estrategias de detección destacarían la presencia de características inusuales y atípicas, no observables en las poblaciones originales. Para las presentaciones amplificadas, las estrategias de detección evaluarían tanto la frecuencia como la intensidad de las características comunes de las poblaciones originales.

La investigación sobre estrategias de detección se han centrado intensamente en los últimos años, en dos ámbitos: los trastornos mentales y las habilidades cognitivas. Para los

trastornos mentales, el énfasis se ha dividido entre la simulación y la actitud defensiva. Para las habilidades cognitivas, la atención se ha centrado exclusivamente en la simulación, encontrándose que algunos individuos son capaces de ocultar sus déficits cognitivos en el desempeño de las responsabilidades relacionadas con el trabajo.

En el ámbito de la Simulación y los Trastornos Mentales, se han descrito 10 estrategias de detección para la simulación que han sido validadas. Cinco de ellas se basan en presentaciones poco comunes:

- (1) Síntomas raros: Se consideran el "caballo de batalla" para evaluar trastornos mentales fingidos, por lo cual han aparecido inventarios múltiples así como otras escalas y medidas especializadas para detectar de simulación.
- (2) Síntomas "casi raros": Es importante destacar que los síntomas raros deben distinguirse de los síntomas "casi-raros" o que son menos plausibles en un cuadro psicopatológico.
- (3) Síntomas improbables: (elementos muy difíciles de aparecer en una psicopatología). Sin embargo, los síntomas improbables representan un "trade-off" ya que su calidad excepcional aumenta la probabilidad de presencia de simulación y por otro lado, la validez alta de estos importantes elementos (es decir, el reconocer los síntomas falsos) puede disminuir su eficacia, especialmente ante la presencia de simuladores sofisticados.
- (4) Combinaciones de síntomas.
- (5) Patrones espurios de psicopatología.

Las tres primeras estrategias examinan por su parte la legitimidad de los síntomas individuales así como sus características. Otros dos ejemplos claros respecto a este tema son:

- (6) La aprobación indiscriminada de síntomas, los simuladores se identificarían por el gran número de síntomas reportados.
- (7) Severidad de los mismos. La proporción de los síntomas de "extrema severidad" ayuda y facilita la clasificación de la simulación.

Para ambos casos, la magnitud (tanto la frecuencia como la proporción de los síntomas) es un factor decisivo sin necesidad de ninguna consideración respecto a los elementos propios o del contenido específico. Las otras tres estrategias se centran en el contenido que pueda aparecer plausible en las simulaciones.

- (8) Síntomas Obvios: Dado que este tipo de síntomas son fáciles de reconocer y parecen ser clínicamente significativos, los simuladores a menudo los utilizan en mayor número incluso que en sus contrapartes que en realidad los padecen (es decir, en usuarios con una patología genuina). Aunque cada síntoma es plausible, la estrategia de detección capitaliza sobre el número o la proporción de síntomas obvios. Curiosamente, los simuladores no necesariamente emplean los síntomas más obvios.
- (9) La información de los síntomas observados: Esta es una estrategia de detección que incorpora percepciones estandarizadas del clínico de síntomas auto-reportados por la persona. Aunque la información de síntomas pueda ser plausible, la estrategia de detección utiliza discrepancias marcadas en el auto reporte con respecto a la psicopatología observada.
- (10) Estereotipos erróneos: en esta categoría el autor hace una descripción extensa para la cual utiliza herramientas como los inventarios de múltiples escalas (MMPI-2), con la compleja variedad de escalas clínicas y contenido que posee, motivo por el cual las personas pueden asumir erróneamente que ciertas características clínicas son comunes entre las poblaciones de pacientes. Así rescata que por ejemplo, la simple presencia de presentación de síntomas improbable, es a menudo indicativo de la simulación (Rogers 2008).

Es esencial establecer y analizar, con base a lo expuesto, que en las pruebas psicológicas los criterios de confiabilidad y validez cuando se sospecha simulación de síntomas por parte de una persona, son esenciales para así poder seguir adecuadamente los siguientes pasos de interpretación y sobre todo ayudarse a determinar, en la medida que

cada una de las pruebas lo permita, los aspectos específicos de simulación en los que se debe profundizar con las pruebas diseñadas específicamente para tales fines.

En este sentido, la concepción básica de validez se refiere al hecho de que la prueba mida lo que pretende medir, aspecto fundamental ya que define el significado de las puntuaciones que se obtienen. Por otra parte la consistencia se refiere a un atributo de consistencia, es decir que la prueba o el instrumento aplicado genere en diferentes momentos mediciones similares que se encuentren en un rango que si bien puede no ser exacto (de todo o nada), sí posea una consistencia adecuada.

Estos conceptos son esenciales ya que se interrelacionan, porque una prueba será válida en la medida en que sea confiable, configurándose la confiabilidad en un elemento necesario pero no suficiente de la validez (Gregory, 2012). En este punto si bien no se pretende hacer una extensión innecesaria del tema ya que el mismo se puede consultar en textos especializados (Gregory 2012; Aiken 2003; Anastasi y Urbina 1998), se busca dejar claro el hecho de que el invalidar una prueba no indica necesariamente que se está tratando de simular en ella.

Para efectos del presente trabajo se entenderá en primera instancia que el profesional en psicología realiza una selección de instrumentos de evaluación que posean una demostrada confiabilidad y validez, que se pueda corroborar con la publicación de trabajos de investigación que demuestren esas calidades de las pruebas. Otro elemento esencial es que al momento de la recogida de datos, por medio de dichos instrumentos y con los datos que se obtendrá de ellos, se aprecie que las escalas diseñadas a lo interno de cada uno indiquen que los resultados que arrojan se pueden utilizar de forma válida para realizar inferencias e interpretaciones.

A partir de ahí es que algunas de las pruebas permitirán por medio de la interpretación válida de sus datos, iniciar la inferencia de indicios de simulación, ya que deducir a partir de la invalidación de una prueba, que la persona simula o que incluso, iniciaría la generación de una serie de hipótesis que no serían necesariamente sostenibles en el marco de una evaluación rigurosa y que pueda poseer adecuada credibilidad.

En este caso se acudiría a algunos criterios expuestos en los modelos de evaluación forenses versus los clínicos, ya que un elemento esencial sería la credibilidad de la información, que en el caso de la aplicación de pruebas se constituiría en cumplir con los citados requisitos de validez para ir más allá de inferencias del evaluador que son muy importantes pero insuficientes, para disipar la intencionalidad consciente o inconsciente de distorsionar los resultados de la evaluación por parte de un posible simulador.

En un posterior apartado se describirá para cada prueba, los indicadores de validez que establecieron sus respectivos autores a manera de ilustración para así poder ir visualizando que indicios se deben de tomar en cuenta para conformar un panorama que permita tener insumos suficientes para respaldar apreciaciones sobre posibilidad de simulación. Lo anterior dejando claro que la aplicación de dichos criterios no pretende mecanizar un análisis que debe ser complementado por la pericia del profesional y por la corroboración de la información por otras fuentes colaterales buscando visualizar la valoración como un proceso integral.

El resultado de un proceso serio y meticuloso de evaluación sobre la simulación no generará elementos indiscutibles ni certeza diagnóstica absoluta porque la simulación no es una patología en sí, sino un fenómeno que refleja patrones conductuales y verbales de afrontamiento ante situaciones que puede presentarse en sujetos con características psicológicas heterogéneas o diferentes trastornos de personalidad. Varios autores sugieren por ende catalogar a quien se le detecten indicadores de simulación en las categorías de “probablemente simulador” o “probablemente no simulador”, ya que se debe dejar de lado la intención de establecer certeza absoluta utilizando términos probabilísticos, porque estos recursos de evaluación psicológica pueden también estar sujetos a error (Arce y Fariña, 2005). Por ello la integración de los resultados junto con el análisis del resto del proceso evaluativo es esencial para brindar un panorama amplio de las dinámicas de funcionamiento del sujeto, dentro de la cual la simulación es una parte importante más no la única.

Se han generado y ensayado diversas propuestas para valorar la simulación, que iniciaron con pruebas cortas para tener algunos elementos iniciales de esta compleja dinámica. Ching (2002) y Ribé et al (1990) destacan la “Prueba de Identificación de

Objetos” que consiste en el reconocimiento de objetos cotidianos que se puede realizar por personas sanas e incluso aquellas realmente enfermas, sin alteración grave de conciencia. También describen la “Prueba de Storring” que consta de calcular sumas muy simples, o la “Prueba de Dígitos o de Ziehen” en la cual se hace la repetición de seis dígitos de los cuales una persona incluso con trastorno puede repetir tres. Finalmente también se utilizaba la “Prueba de Krafft-Ebing” en la que se comenta a un colega en “secreto”, pero cerca del sujeto evaluado, un síntoma que este no presenta para ver si en la siguiente sesión, la persona dice padecerlo.

Es evidente que estas pruebas de contenidos elementales requirieron una mayor ampliación y la complementariedad de una observación más detallada de aspectos como el comportamiento no verbal (dándole el valor que merece como se ha mencionado), así como la relación y el desempeño con el evaluar. Aunado a lo anterior, se pueden encontrar otros indicios importantes de simulación que se pueden empezar a detectar en diversos tipos de pruebas psicológicas. Estos elementos serán importantes ya que los mismos se pueden ir sumando a otros más específicos para brindar un panorama más amplio que ayude a sustentar las conclusiones de una valoración.

La literatura señala herramientas complementarias que pueden recolectar indicios de la simulación, como el Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia (SADS), el Inventario de Evaluación de Personalidad (PAI), el California Verbal Learning Test (CVTL), el Trial Making Test de la Batería Neuropsicológica Halstead-Reitan (TMT) y el Test de Palabras y Colores Stroop, además del Inventario Clínico Multiaxial de Millón III (MCMI III) o el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) entre otros. Algunos autores citan desarrollos de instrumentos más específicos para detectar simulación, como los son la Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) o el Trauma Symptoms Inventory (TSI) (Knoll y Resnick, 2006) en caso de simulación específica de trauma; así como el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS).

Para efectos de la actual investigación, se les brindará un mayor énfasis a aquellos instrumentos que en la actualidad se conocen o bien son de un uso más generalizados en el H.N.P. Para varios de los restantes instrumentos, se generará una descripción general de los

mismos a sabiendas que estos y muchos otros pueden estar siendo utilizados por otros colegas cuando se enfrentan a casos en los que sospechan simulación.

Antes de dar paso a la descripción de cada prueba, es importante resaltar algunos elementos que la literatura ha destacado respecto a los resultados esperables de las mismas en un contexto de valoración de la simulación. Por ejemplo Rogers (2008) señala que existen tres estrategias de detección que implican deterioro excesivo. La más popular es la conocida como estrategias “de efecto de suelo”, en la cual los simuladores a veces afirman deterioros en tareas cognitivas simples que se completaron de forma exitosamente por poblaciones con mayor daño y compromiso cognitivo, citándose para tales efectos la Prueba de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM, de Tombaugh, 1996) que sirve para descartar demencias y otras enfermedades severas versus trastornos cognitivos fingida.

### *5.2.1.El MMPI-II. Prueba de Autoinforme.*

#### **❖ Descripción de la Prueba.**

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) fue concebido para generar una muestra “significativas de conductas para el psiquiatra”. Se conformó a partir de lo recopilado de textos psiquiátricos y otros test previamente publicados de los cuales se generaron originalmente más de mil ítems, mismos que se depurarían hasta los 550 de la primera versión del MMPI. La prueba se publicaría en 1942 originalmente, llegando a su forma definitiva como manual en 1951 (Nichols, 2002).

La versión actual de la prueba inicio desde la década de los setenta, en la cual se hicieron notables los requerimientos de valorar una serie de sus reactivos así como elementos que se ajustasen a los cambios demográficos y sociales que presentaba la sociedad. Los estudios continuaron en la década de los ochenta finalizándose la publicación de la nueva versión realizada por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer en 1989, la cual consta de 567 ítems. La segunda versión está diseñada para valorar psicopatologías de la personalidad así como rasgos de patrones “normales” de la misma,

con la finalidad de ser aplicada en sujetos mayores de 18 años y con una administración aproximada de entre 1 y 2 horas. Existe además una versión para adolescentes aunque para el presente trabajo no se profundizará en su descripción.

Se han referido como criterios de invalidación de la prueba el dejar más de 30 preguntas sin contestar. En caso de aplicarse solo 370 ítems, una variación de la misma para obtener solamente las escalas clínicas, el número de ítems en blanco sería de 20, aunque se recomienda siempre pasar en su totalidad la prueba.

Dentro de los elementos de esta amplia y compleja prueba en relación a aspectos que se relacionan con la dinámica de simulación, se recomienda tener en cuenta las puntuaciones de L, F y K así como las combinaciones y análisis de INVAR en la cual se estima recomendable repetir la prueba si su valor es mayor a 16; o INVER cuyo puntaje al ser menor de 6 o mayor a 12 generaría la recomendación de un retest (Nichols, 2002). Estas apreciaciones requieren un mayor estudio y en el caso de la población costarricense, una contrastación con los resultados de una reciente investigación y estandarización efectuada en la Universidad de Costa Rica que puede ser consultada por interesados en Miranda, Miranda, Mora, Retana y Rojas (2010) denominada “Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2): revisión y estandarización para Costa Rica”.

En la actualidad esta es una prueba que cuenta con mayor investigación ya que posee estudios culturales y su adaptación a varios idiomas y países, como la asiática (Japón, Corea, China, Tailandia y Vietnam), la realizada en latinoamérica (Puerto Rico, México, Nicaragua y Argentina) así como la europea (España, Alemania, Noruega, Islandia, Rusia, Francia, Italia, Grecia y Turquía) y la efectuada en el medio oriente (al idioma Arabe, Hebreo y Persa) (Jiménez y Sánchez, 2003).

#### ❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

Este test ha probado su confiabilidad y validez en gran cantidad de contextos convirtiéndose en un indicador importante de simulación. El uso de escalas como la de interrogantes (?), Sinceridad (L), Validez (F), Factor Corrector (K) así como F posterior

(Fb) Respuestas Variables de Inconsistencia (VRIN), Respuesta de Inconsistencia de Verdadero (TRIN), lo que se ha llamado el Índice de Simulación (F-K) y el porcentaje de respuestas Verdadero/Falso son importantes en este tipo de estimaciones (Casullo, 1999).

En un estudio español realizado por Jiménez y Sánchez (2004), se plantea que el MMPI original contaba con las escalas “L” (escala de mentira), “F” (escala de infrecuencia) y “K” (factor corrector o de defensividad) para rastrear elementos de simulación, pero con la re-estandarización y adaptación española, nuevas escalas dentro del grupo denominado de “Validez” (“Fb” (F posterior), “VRIN” (Inconsistencia de respuestas variables) y “TRIN” (Inconsistencia de respuestas verdadero) generan una necesidad de un soporte mayor de investigación. Los autores señalan que este tipo de aportaciones se amplían con la investigación de otras escalas e índices de validez, en los que la literatura ha destacada elementos como la Escala de Deseabilidad social (Wsd) de Wiggins (1959), la Escala de Inconsistencia de Respuestas (I.R.) de Sewell & Rogers (1994), la escala de Fingimiento Positivo o de Otro Engaño (ODecp) de Nichols & Glenn (1991), la Escala de “Fake-bad” (FBS) de Lees-Haley, Englis & Glenn (1991), el Índice de Disimulación (Ds) de Gough (1954), el Índice Revisado de Disimulación (Ds-r) de Gough (1957), la Escala Superlativa (S) de Butcher & Han (1995) y la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi & Ben-Porath (1995).

Con el fin de tener clara una diferenciación al analizar el MMPI, se debe mencionar que al hablar de “distorsión” de la prueba, ello se refiere a una serie de factores que intervienen en la elaboración de un determinado evento, que lo convierte o deforma, por lo que puede generar sospecha en su credibilidad y fiabilidad.

Jiménez y Sánchez (2004) citando a Furnham (1986) indican que con el término de “distorsión” se alude específicamente a aquellas ocasiones en que la persona brinda deliberadamente respuestas falsas para crear la impresión concreta de que: “Se pondría enfermar si no consigue el puesto de trabajo”; pero ello se diferenciaría de “distorsión” como una protección poco honesta de una “deseabilidad social”, en la que se intenta presentar ante los demás con una posición más favorable. En este sentido el término “distorsión” especificaría una amplia gama de variables, que no tendrían por qué estar referidas ni expresar específicamente “simulación”. Por tanto un sujeto cuando contesta de

manera inconsistente, no está intentando “simular”, sino que se aprecia su falta de motivación para colaborar con la realización del test.

Se hace referencia a que un individuo cuando trata de ofrecer una “buena o mala imagen”, exagerando o minusvalorando sintomatología que conscientemente le afecta, puede ayudar a determinar que el perfil está “falseado”, pero también “distorsionado”, con la “intencionalidad” de pretender obtener un beneficio secundario. Se debe tener en cuenta que el término “distorsión” en el contexto planteado, es mucho más amplio que el de “falsificación” o “simulación”. Los autores acuden por otra parte a Rogers (1997) quien considera que la “disimulación” hace referencia a intentos conscientes del sujeto de distorsionar respuestas, por lo que “Disimular” para Rogers, es generar respuestas que no son precisamente honestas, siendo que Rogers emplearía los términos “disimular” y “distorsión” como sinónimos aunque diferenciando la distorsión “positiva” (ofrecer buena imagen) de la “negativa” (ofrecer mala imagen).

Cuando pasamos al polo de la simulación, se pueden identificar aspectos que ofrece la prueba que van más allá de los destacados como distorsión. Jiménez y Sánchez (2004) citan a Lanyon (1970) quien describió dos tipos de estrategias utilizadas por sujetos manipuladores cuando responden a una prueba de este tipo:

- *Exagerando el síntoma*: se intenta exagerar síntomas, respondiendo en la dirección en la que puntúa una determinada escala (especialmente aquellas en que se consulta presencia de sintomatología psiquiátrica). El sujeto no presta la adecuada atención a la congruencia de los síntomas, sino que se limita a contestar de forma “aquiescente” a todos ellos, no elige los ítems, sino que contesta a todos ellos. Esta estrategia está contemplada en la elaboración de los ítems de la Escala *F* del MMPI, en donde se puede apreciar que el sujeto puede estar “exagerando” la sintomatología.
- *Seleccionando el síntoma para distorsionarlo*: se selecciona ítems que representan “a priori”, según el simulador, un determinado trastorno o enfermedad que pretenden simular. A diferencia de la estrategia anterior el sujeto tiene en cuenta determinados ítems. Un ejemplo sería la Escala de Disimulación “Ds” de Gough, en la que se considera que esta se encuentra formada por un conjunto de ítems que los

sujetos tienden a contestar erróneamente cuando pretenden simular determinados cuadros patológicos.

Siguiendo a Matalobos y Gonzales (2007) quienes citan a Guriel y Fremouw (2003); los elementos más importantes para comprobar simulación en el MMPI serían:

***Cuadro 10: Elementos de simulación en el MMPI II.***

<b>ÍNDICE</b>	<b>BREVE DESCRIPCIÓN</b>
F (Infrecuencia)	Ítems que rara vez se producen (primeros 361 ítems); una puntuación elevada sugiere una grave patología o malestar, baja capacidad de lectura o comprensión, exageración de síntomas o simulación.
FB	Similar a F pero de los ítems 280 al 567. Puntuaciones elevadas sugieren más un trastorno afectivo que psicoticismo.
F-FB	Evalúa la consistencia entre la primera y la segunda parte de la prueba.
L	Puntuaciones elevadas sugieren un intento de mostrar una imagen más favorable de sí mismo.
K	Similar a L pero con ítems sutiles; puntuaciones elevadas sugieren defensividad o negación, pero también puede relacionarse con un nivel socioeconómico.
<b>ÍNDICE</b>	<b>BREVE DESCRIPCIÓN</b>
F-K	Altas puntuaciones sugieren exageración y bajas puntuaciones disimulación.
FP	Ítems contestados menos del 20% de las veces por pacientes y/o población normal.
FBS (Fake-Bad)	Dirigido a evaluar simulación en demandantes por daño personal; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
O-S. (Sutiles-obvios)	Basado en la idea de que los síntomas obvios son más fácilmente falseables que los sutiles; grandes diferencias entre ambas escales sugieren simulación.

Ds/Ds2	Los ítems reflejan estereotipos sobre neuroticismo; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
PK (Keane PTSD)	Dirigido a detectar TEPT relacionado con la guerra; baremado con excombatientes en tratamiento.
S (Schlenger)	Dirigido a detectar TEPT relacionado con la guerra; baremado con excombatientes sin tratamiento.

**Cuadro 10: Basado en Matalobos y Gonzales (2007).**

De las propuestas anteriores, si bien todas son merecedoras de profundización, existe otro elemento adicional que ha recibido especial atención y que en el caso de la simulación se refiere a lo planteado por Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) en el que proponen una nueva escala en el MMPI-2 para detectar a los simuladores.

Específicamente la Escala Psiquiátrica “Fp”, que ayuda a diferenciar entre pacientes psiquiátricos que responden honestamente de aquellos que intentan exagerar sus síntomas de forma intencionada. Dicha escala compuesta por 27 ítems (raramente contestados por pacientes psiquiátricos y la muestra normativa) indicaría en caso de puntuaciones elevadas de la misma, elementos de simulación ya que los mismos no deberían encontrarse ni siquiera dentro de una psicopatología severa.

Estos aspectos indicarían que “Fp” puede funcionar como una escala adicional para clarificar el origen de una “F” elevada, aunque los citados autores advierten que debería emplearse con cautela hasta encontrarse nuevas evidencias que avalen esa posibilidad (Jiménez y Sánchez, 2002). Lo anterior a pesar de que los autores en el citado estudio concluyen que en la muestra española que utilizaron, dicha escala demostró sensibilidad para detectar a personas que deseaban mostrar imagen desfavorable de sí mismos.

Otros investigadores como Selbon, Toomey, Wygant y Kucharski (2010) en su estudio con una muestra de 125 sujetos a quienes administraron el SIRS y el MMPI-2 RF (versión reestructurada o versión corta), obtuvieron como resultados que las dos escalas de validez específicamente diseñadas para detectar psicopatología (F-r and FP-r), ayudan a diferencia mejor entre la simulación y los grupos de no simuladores, que fueron

determinados por el SIRS. Lo anterior es respaldado por otras investigaciones quienes han destacado la predilección clínica de evaluadores para el uso extendido de dichas pruebas, como lo indican Matalobos y Gonzales (2007) (citando a Guriel y Fremouw, 2003) quienes destacan que las estrategias de evaluación más utilizadas para detectar simulación, en un área como Trastorno de Estrés Post Traumático, son precisamente el MMPI-2 y la SIRS.

Hallazgos de este tipo, que a su vez recogen numerosa investigación del tema, ayudan a generar utilidad predictiva importante con este tipo de instrumentos y un aumento en la calibración de puntajes de corte recomendados para la interpretación de dicha prueba. Otros autores han seguido en ese mismo derrotero de investigación (Weiss, Bell, Weiss, 2010). Investigadores como Walters, Berry, Duncan, Payne, Rogers, Miller, Mackuster, y Granacher (2008) han estudiado la estructura latente de Psicopatología fingida medida por pruebas como el SIRS y el MMPI-2, generando metodologías de investigación que demuestran la importancia que ambos instrumentos han generado en la comunidad científica, encontrándose otros autores que destacan la importancia de estas pruebas como Raine ( 2009 ) . En conjunto se puede apreciar que si bien falta mucho por investigar sobre el tema, sobre todo en el contexto costarricense, este tipo de hallazgos generan insumos importantes a tomar en cuenta para la valoración de dinámicas como la simulación.

Si bien en la presente revisión bibliográfica se muestran únicamente algunos insumos que pueden utilizarse por el evaluador en caso de desear rastrear elementos de simulación por medio de esta prueba, se recomienda al igual que se hará en las siguientes reseñas de instrumentos psicológicos, no dejar de lado la necesidad de una interpretación integral de los resultados junto a otros elementos que se observen de la entrevista y la información colateral recabada, para llegar a conclusiones más depuradas sobre la dinámica del usuario en relación a la simulación.

Además se aconseja profundizar la valiosa revisión de la aplicación de esta prueba para detección de simulación, reseñada en el capítulo número diez de la obra de Rogers (2008) titulado “Malingering and Defensiveness on the MMPI-2”, realizado por Roger Greene (2008), en el cual se brinda un detallado recuento de hallazgos de esta prueba para ayudar a determinar simulación.

### 5.2.2. *El MCMI III. Prueba de Autoinforme.*

#### ❖ **Descripción de la Prueba.**

El uso del Inventario Clínico Multiaxial de Millón III se recomienda para poblaciones clínicas con y sin hospitalización, incluso para centros privados o multidisciplinarios así como para su utilización en juicios o contextos forenses, debido a que se estima posee una consistencia interna por encima de 0,80 considerado esencial para instrumentos psicométricos forenses (Millón, Davies, 2007). Su fundamento y datos normativos provienen de muestras clínicas y se recomienda la aplicación a usuarios que presenten problemas emocionales, sintomatología interpersonal o que sean sujetos a evaluación psicodiagnóstica, con una edad mínima de 18 años (ya que para menores de edad se recomienda la versión para adolescentes llamada MACI).

La prueba está diseñada para proveer, a partir de la configuración de las 24 escalas clínicas que presenta, interpretaciones dinámicas de las relaciones entre sintomatología, conductas de afrontamiento así como estilo interpersonal y estructura de personalidad. Como criterios de invalidación de esta se indican:

- No indicar el sexo del paciente.
- Edad menor a 18 años o reportarla como desconocida.
- Un número de 12 o más ítems sin responder, o con respuesta en ambas opciones.
- Responder Verdadero a los Ítems 65, 110 y 157.
- Puntuación escala X (Sinceridad) menor a 34 y mayor a 178.
- Ninguna de las puntuaciones PREV de las escalas clínicas (de la 1 a la 8B) con puntaje mayor a 59.

#### ❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

A pesar de que no está diseñada específicamente para ello, sus autores señalan que la tergiversación deliberada o respuestas al azar en este tipo de instrumentos son menos frecuentes de lo que se espera. Apuntan que los problemas de distorsión intencional afectan

mínimamente a los inventarios cuya puntuación se determina por la investigación de criterios externos. En el caso de la escala de Sinceridad, que sería la que se podría relacionar más estrechamente con el tema de la simulación, la misma indica en la lógica de la prueba si el paciente se inclina a ser franco y revelador o por el contrario reservado o reticente. Se establece que una puntuación PREV baja en “Sinceridad” y en “Deseabilidad Social”, aunado a puntuación alta en “Devaluación” sugiere una exageración moderada de anteriores problemas emocionales que probablemente hayan sido subsanados, por lo que no afectará la validez interpretativa del MCMI III. En contraparte, una escala “X” baja y las escalas “Y” y “Z” altas muestran conformidad con síntomas, generando posible duda sobre la validez del perfil.

Los citados Millón y Davies (2007) en el manual de la prueba, establecen que existe dificultad de distinguir entre un perfil “fingido-bueno” y un perfil válido de un sujeto que en realidad presenta ciertas características; en tanto denominan a un “perfil de socorro” a aquel estilo de respuesta que hacen parecer a la persona más deteriorada psicológicamente de lo que realmente está, mostrándose lo anterior en puntuaciones “X” y “Z” elevadas al igual que ocurre en muchas escalas asociadas a psicopatología severa. Los autores concluyen que el descubrimiento de un pronunciado estilo de respuesta, posee relevancia clínica ya que permite al evaluador crearse una opinión acerca de cuan sincero o realista puede ser un paciente respecto a sus problemas.

Jiménez y Sánchez (2004) (citando Ávila y Jiménez, 1998) consideran que el Índice de Sinceridad (Escala X) para el MCMI desde su segunda versión, es el indicador de “Nivel de Sinceridad” ya que el mismo está diseñado para apreciar hasta qué punto los evaluados están inclinados a ser francos y sinceros o auto-revelarse. Estiman que contrario a las medidas “Deseabilidad” y “Alteración”, descritas brevemente como el esfuerzo para presentar rasgos psicológicos “buenos” o “malos”, la Escala de “Sinceridad” pretende ser neutral con respecto a la simulación psicopatológica y su foco se centra en la sinceridad y franqueza, reflejando por una parte una tendencia a no ser reservado y expresarse libremente; en tanto en el otro extremo sería la tendencia a ser ambiguo, reservado o reticente.

Continuando con la recopilación de escalas de importancia para la simulación realizada por Matalobos y Gonzales (2007) (citando a Guriel y Fremouw, 2003), los elementos más destacables de esta prueba para valorar simulación se encontrarían en las siguientes escalas:

***Cuadro 11. Elementos de simulación en el MCMI III.***

<b>ÍNDICE</b>	<b>BREVE DESCRIPCIÓN</b>
DIS (Revelación)	Indicador de franqueza; puntuaciones elevadas sugieren demasiada franqueza.
DEB (Falsificación)	Puntuaciones elevadas sugieren exageración de síntomas (Falsificación) o visión desfavorable de sí mismo.

**Cuadro 11. Tomado de Matalobos y Gonzales (2007).**

Otros autores como Schoenberg, Dorr y Morgan (2006) estudiaron la capacidad del MCMI-III para discriminar entre estudiantes que intentaron disimular y también simular. Para el estudio con una muestra de 181 pacientes psiquiátricos hospitalizados y 218 estudiantes universitarios, los análisis discriminantes que realizaron fueron utilizados para determinar si combinando las Escalas “X”, “Y” y “Z” con las escalas clínicas, podría mejorar la capacidad del MCMI-III para identificar disimuladores más allá de usar solo puntuaciones de corte de escala, advirtiendo los autores sobre el hecho que este tipo de estudio, aunque arrojan resultados dignos de tomar en cuenta, apoyan la idea de que el MCMI-III no es particularmente eficaz en la identificación de la simulación, y que nunca ninguna persona debe ser identificado como simulador sobre la base de esta prueba únicamente. Este principio como se verá posteriormente, es aplicable a todas las pruebas que se utilicen con fines diagnósticos ya que en estos casos el juicio profesional continúa siendo insustituible al tener que integrar conocimientos y hallazgos de otras fuentes complementarias.

En lo referente a las correlaciones de esta prueba con otras herramientas diagnósticas, sus creadores indican que en muestras estadounidenses, la investigación

tiende a reflejar la idoneidad del MMPI II como medida de los trastornos del eje I y no tanto del eje II. Por otro lado en esa misma muestra estadounidense la correlación con la escala “Pd” referente a la desviación psicopática, fue difícil de explicar a pesar de que se obtuvieron correlaciones moderadas como era de esperar entre la “Pd” y las escalas Antisocial y Límite del MCMI III.

La explicación de estas relaciones se podrían expresar por las diferentes facetas de “Pd” sobre todo en la relación de las sub escalas de Alienación Social y Auto-Alienación, con las escalas Esquizotípica y Autodestructiva del MCMI III (Millón, Davies, 2007). De igual manera la prueba con sus singularidades y alcances evaluativos, se considera importante en la valoración a nivel pericial (Carrasco y Maza, 2003) y de las cuales se pueden extraer elementos importantes de simulación.

### 5.2.3. *El PAI. Prueba de Autoinforme.*

#### ❖ **Descripción de la Prueba.**

Una prueba que presenta numerosas investigaciones sobre su calidad para ayudar en la detección de simulación, aunque es de menor uso en Costa Rica es el Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Morey, 1991). Guriel et al (2006) indican que esta multiescala de auto-reporte ha ido ganado mucha credibilidad por sus buenas propiedades psicométricas así como otros factores como la facilidad para su aplicación sumado al hecho de poseer elementos valiosos que pueden ayudar a complementar la detección de simulación. En las siguientes líneas se citará extensa y detalladamente a Arce (2006) para realizar una descripción de esta prueba.

Se estima que el PAI presenta ventajas importantes con relación a otras medidas de personalidad por diversos factores. Entre ellos estarían la forma de registrar las respuestas de los ítems mismas que se establecen en cuatro grados de aprobación (falso, ligeramente cierto, medianamente cierto y muy cierto), además de su fácil comprensión en cuanto a lectura e integración de subescalas para la interpretación clínica ya que tanto la selección de síntomas como sus aspectos asociados representarían un espectro de síndromes y trastornos

muy amplio. Arce (2006) continúa indicando, sin embargo, que existe escasez de estudios sobre detección de simulación utilizando este instrumento, pero a pesar de esta observación se notará posteriormente que se pudo hallar literatura que citan a esta prueba sobre todo en lo referente a temática de Estrés Postraumático.

Hernández (2011) indica que el PAI consta de 344 ítems que proporcionan 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas consideraciones para el tratamiento y 2 escalas relaciones interpersonales. Como descripción de la prueba en sí, la misma posee cuatro escalas que evalúan diferentes estilos de respuesta, que van desde respuestas inconsistentes (INC), infrecuentes (INF), impresiones negativas (NIM) e impresiones positivas (PIM). La escala INC estaría compuesta por 10 pares de ítems, misma que presentaría correlación entre sí y la escala INF que consta de 8 ítems relativos a psicopatología, mismos que no están correlacionados entre sí. De las cuatro escalas de validez, resulta importante en el contexto de valoración de la simulación, la escala de Impresión Negativa (NIM), que incluye ítems que preguntan por síntomas extremadamente raros o poco frecuentes (que contestarían menos del 5% en la población clínica de referencia) y presentan una visión de uno mismo exageradamente desfavorable.

Complementando la anterior descripción, otras escalas como la PIM (compuesta por 9 ítems) valoran la defensividad, en tanto NIM se habría construido con base a 9 ítems atípicos relativos a la psicosis, disforia y trastornos orgánicos considerándose de gran importancia para valorar simulación. Se indica que su autor puso a prueba el instrumento en estudios sobre simulación, encontrando que una puntuación mayor de 8 en la escala NIM suponía una correcta clasificación del 88,6% de los simuladores por una clasificación incorrecta del 10,2%. A partir de este estudio se planteó la necesidad de comprobar la efectividad de esta escala en la detección de simulación de trastornos específicos. En esta línea de investigación, autores como Rogers, Ornduff y Sewell (1993) habrían confirmado la efectividad de la escala NIM para la detección de esquizofrenia fingida; sin embargo, se halló que la prueba resultaría marginalmente efectiva en casos de simulación de la depresión e incluso ineficaz para detectar simulación de trastornos como los de ansiedad generalizada. Estos resultado confirman las conclusiones realizadas por otras investigaciones como las de Petersen y Viglione (1991), que plantean que el conocimiento

de los índices de detección del cuestionario pueden resultar útil para eludir tal detección, mientras que el conocimiento sobre el trastorno más bien produciría solamente un efecto marginal o menos importante sobre el éxito de la simulación. Aunque los citados investigadores creen que el PAI sería útil para detectar la simulación, recomiendan su uso como un “método de acercamiento” a nivel más bien exploratorio.

Posteriormente sería el mismo Rogers (Rogers et al., 1996) quien llevaría a cabo un nuevo estudio con el fin de evaluar la eficacia del PAI para detectar trastornos mentales simulados, introduciendo variables como comparar desempeños de simuladores ingenuos y entrenados, para compararlo con los resultados de verdaderos pacientes con esquizofrenia, depresión y ansiedad generalizada. En sus resultados aunque resultó moderadamente efectiva con simuladores ingenuos, la escala se consideró sólo “modestamente útil” con simuladores expertos o entrenados. Ante estos resultados (obtenidos por medio de análisis discriminante), los investigadores obtuvieron una tasa de éxito moderadamente alta para el PAI la cual sería mayor al 80%, independientemente del entrenamiento de los sujetos y del trastorno que trataron de simular. Los citados autores observaron además que los simuladores “ingenuos” adoptaban estilos de respuesta global que generaban elevaciones en la mayoría de las escalas clínicas, en tanto que sujetos considerados simuladores sofisticados se presentaban como más consistentes con el trastorno que se le había designado, produciendo en este sentido modelos de síntomas bastante creíbles. A pesar de ello, ambos grupos encontraron dificultades para lograr fabricar un patrón completo de síntomas similares a los manifestados por muestras clínicas. Finalmente y de acuerdo a lo obtenido en el estudio, se concluyó que el uso del PAI con fines diagnósticos no era tan recomendable, aunque sí lo era como un instrumento de investigación.

Rogers, Ustad y Salekin (1998) realizarían otro estudio con población penitenciaria con el fin de tratar de comprobar la validez del PAI. Compararon resultados de las escalas del PAI con otras escalas, como la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS), la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS) y la Escala de Probabilidad de Suicidio (SPS). Lo obtenido les sugirió una aceptable validez del PAI para la investigación de simulación de trastornos mentales, a la vez que reportaron una buena validez convergente de los instrumentos utilizados para la detección de simulación para el

establecimiento de correlatos clínicos entre trastornos comunes y la evaluación de potencial ideación suicida.

### ❖ Elementos relativos a la Simulación

A pesar de que algunos autores consideran que existen pocos estudios que hayan examinado la eficacia del PAI en la detección de simulación, la literatura reporta varias investigaciones, sobre todo en el área de la detección de Trastorno de Estrés Postraumático (T.E.P.T). Por ejemplo se cita a Liljequist, Kinder, y Schinka (1998) quienes compararon perfiles de PAI de veteranos de guerra, con presencia o ausencia de problemas de alcoholismo, al de grupos de estudiantes (instruidos varios de ellos para fingir síntomas de T.E.P.T, en tanto a otros se les indicó que debían ser honestos). Se encontró que el grupo de simuladores generó perfiles con mayores índices de Impresión Negativa (NIM) e Índice de Simulación (MI) que los otros tres grupos, lo que sugiere que estas escalas de validez del PAI pueden resultar eficaces en la identificación de los individuos simuladores de T.E.P.T.

Además se pueden encontrar experiencias similares como los estudios de Calhoun, Arnst, Tucker, Kirby, y Beckham (2000) y también el de Mendham (2000), así como muchos otros de los cuales además de recomendar su lectura, se rescata el hecho de la prudencia que se debe implementar en su análisis ya que, a pesar de poder hallarse indicadores importantes de simulación en las pruebas, las mismas deben interpretarse con mesura ya que no son medidas directas ni definitivas de este tipo de fenómenos. Así las cosas se estima que el PAI puede ser útil en la diferenciación de simuladores versus personas que no lo son, a pesar de que los autores reflexionan sobre la necesidad de realizar este tipo de estudios en poblaciones clínicas.

Por otra parte autores como Kucharski, Toomey, Fila y Duncan (2007) señalan que el PAI también se ha utilizado para detección de la simulación de trastornos psiquiátricos en personas imputadas por delitos. Para evaluar la precisión diagnóstica del PAI, son importantes las escalas de validez, hecho que tomaron en cuenta al realizar un estudio en el cual se dividió una muestra de personas acusadas referidas para valoración forense por tribunales federales, a quienes también se les aplicó el SIRS (Rogers, Gillis, y Bagby, 1990).

Realizando posteriormente un análisis de regresión logística se encontró que no había diferencias entre la simulación y no simulación en grupos con respecto a la edad, raza, niveles educativos, historia de abuso de drogas o número de condenas por delitos anteriores. El análisis arrojó que la simulación frente a la no simulación se podía observar en la escala de impresión negativa (NIM) (indicando Hernández (2011) que en puntuaciones T entre 73 y 83 pueden reflejar un patrón de exageración de síntomas y se sugiere que con puntuaciones mayores de 92, se considere la posibilidad de simulación); pero no tanto en la escala de la función discriminante (RDF) ni el índice de simulación (MAL). El estudio mostró una especial sensibilidad en esta área de la escala NIM, elementos que como se ha mencionado son merecedores de mayor profundización y una lectura más detenida para quienes deseen aplicar este tipo de pruebas y ampliar su repertorio evaluativo en este campo.

#### *5.2.4. El PCL-R. Inventario de Personalidad.*

##### **❖ Descripción de la Prueba.**

La concepción de Hare (1991, 2003) sobre psicopatía es la que en la actualidad ha generado un mayor consenso y cantidad de estudios en el terreno de este tipo de trastorno mental. El instrumento que desarrolló para su evaluación, el Psychopathic Checklist Revised (PCL-R) se propuso desde los años ochentas y ha generado gran cantidad de estudios sobre todo en contextos forenses.

Básicamente la concepción que lo sustenta está basado en dos grandes factores: Características personales y afectivas así como los aspectos conductuales valorados a través de apreciación de un estilo de vida desviado con conductas antisociales. En la segunda versión de esta conceptualización, Hare (2003) propone una nueva estructuración en la cual subdivide cada uno de los dos factores originales en dos facetas más específicas; los cuatro factores que se reportan en la actualidad son: Afectivo, Interpersonal, Estilo de vida y Antisocial; mismos asociados a ítems específicos del instrumento que representa esta concepción de la psicopatía adulta (Vinet, 2010).

Este instrumento comprende veinte ítems, a completarse en dos fases y que corresponden a su vez a los 2 grandes factores que diagnostican psicopatía. El Factor 1 relacionado a una serie de características afectivas e interpersonales, consideradas descriptores de psicopatía. El factor 2 describe el estilo de vida socialmente desviado, crónicamente inestable y antisocial (Hare, Hemphill, Templeman, Wong, 1998). Para obtener un diagnóstico de psicopatía se puntúa cada ítem con cero en caso de que la característica no esté presente, a tres si el rasgo definitivamente está presente. El puntaje final oscilaría entre los valores de cero y cuarenta, siendo treinta el puntaje indicativo de psicopatía (Hare, 1998).

Dicha prueba ha demostrado validez y aplicabilidad en diversos contextos siendo actualmente considerada en diversos contextos (Cooke, et al, 1998). Las validaciones a la misma se han generado en estudios que abarcan desde el tema de los homicidios (Woodworth 2001,2002; Myers y Mónaco 2000) hasta los delitos sexuales (Porter, Fairweather, Drugge, Herve 2000; Brown y Fort 1995); generando en Costa Rica réplicas en cuanto a estudios con diversos tipos de poblaciones (Saborío, 2002a, 2002b; Arce y Gutiérrez 2003; Mora y Purcallas 2005; Pisoni, 2006).

La Lista de Chequeo de la Psicopatía (PCL-R) además haber mostrado adecuada validez y confiabilidad en poblaciones adultas, también se ha desarrollado en la evaluación de adolescentes, encontrándose estudios suramericanos (Vinet, 2010; Zúñiga, Vinet y León, 2011) aunado al desarrollo de otros instrumentos como el Antisocial Process Screening Device o APSD (Frick & Hare, 2001) que busca evaluar rasgos precursores de la psicopatía según el modelo de Hare y que, aunque está orientada a niños entre 6 a 13 años, la misma se diseñó para que padres y maestros traten de reconocer rasgos de psicopatía.

En este último grupo etéreo, investigaciones han señalado la vinculación entre el modelo de Millon y el concepto de Psicopatía de Hare, lo cual ha quedado establecido empíricamente con el PCL-YV y Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993), producto del cual un estudio de Murrie y Cornell (2000) propuso la construcción de una escala de Psicopatía denominada Psychopathy Content Scale (PCS) constituida por 20 ítems extraídos del MACI, cuyos resultados posteriores señalan que esta

escala de psicopatía correlacionó positivamente con el PCL-R ( $r = 0.60$ ) (Zúñiga, Vinet, León, 2011). Lo anterior señala la importancia de esta herramienta para valorar la psicopatía y su correlación con otros elementos y construcciones teóricas que complementan su valor diagnóstico.

Al tener claro que las dinámicas de la personalidad psicopática pueden generar manipulación y mentira como parte del repertorio conductual de estos sujetos a un nivel patológico, se entiende el porqué es importante conocer particularidades de este instrumento cuando se va a valorar dinámicas de simulación en poblaciones que se sospecha presentan psicopatía.

#### ❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

Uno de los elementos distintivos de esta herramienta es vital para ayudar al profesional a generar insumos en la recuperación de indicios de una simulación. Lo anterior debido a que como parte del proceso evaluativo se debe poseer una documentación adecuada del caso y antecedentes del sujeto con el fin de realizar confrontaciones (de manera proporcional y adecuada dentro de los límites de la ética profesional) para evaluar cómo reacciona la persona cuando se le descubre en la mentira.

En la dinámica de la entrevista, el manejo de la situación por parte del evaluado reviste importancia ya que al integrar datos se apreciará si realiza un manejo psicopático de la mentira, o si la forma de abordarlo es menos manipuladora. Por otra parte si bien el fin último no es determinar si la persona miente o no (ya que se poseen los datos para corroborarlo), lo esencial es analizar su manejo y las capacidades que posee el sujeto para su manejo. Se esperaría en personas que no son manipuladoras o mentirosas con dinámicas psicopáticas, presenten menor reactividad fisiológica en comparación a al resto de las personas. Este es un elemento importante a tomar en cuenta cuando se habló del polígrafo, ya que en una dinámica como la anterior ese tipo de instrumentos reducirían su efectividad dependiendo de las características de los sujetos.

En el caso de un psicópata que intente simular, lo esencial no sería observar el nivel de activación fisiológica que se produce al mentir, sino más bien el conocimiento de síntomas patológicos y la exageración de los mismos. En suma, cabría cuestionarse si en un contexto evaluativo determinado y por las condiciones de tiempo que presente, es más adecuado descartar la simulación de síntomas antes de determinar un trastorno psicopático de personalidad, empero al analizar dinámicas de la persona sujeta a la evaluación, el determinar este tipo de personalidad aclararía vacíos que podrían existir para así ayudar a completar dinámicas del sujeto que en última instancia es un elemento determinante para un manejo clínico de este tipo de población. Lo anterior debido a que la presencia de rasgos psicopáticos se debe asociar directamente o como condición inequívoca de simulación, además de que ciertos estudios (Poythress, Edens, & Watkins, 2001; Rogers & Cruise, 2000) han sugerido que los psicópatas no necesariamente son más hábiles que otros para simular.

**Cuadro 12: Resumen pruebas personalidad y elementos de simulación.**

<b>Nombre Prueba</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicadores Simulación.</b>
MMPI-II	Auto informe	Índices F, FB, F-FB,L, K, FK, FP, FBS, O-S, PK, S.
MCMII III	Auto informe	Índices DIS (revelación) y DEB (falsificación)
PAI	Auto informe	Índices NIM (impresión negativa), MI (índice simulación), RDF (función discriminante), MAL (índice simulación).
PCL-R	Inventario de Personalidad	Análisis cuantitativo total sobre todo en el área de “mentira patológica”, apreciación cualitativa en la activación fisiológica al tratar el tema de la mentira así como la exageración de síntomas.

*Cuadro 12: Elaboración propia.*

### ***5.3. Pruebas específicas para detección de Simulación.***

Este apartado reseñara de forma breve algunas pruebas cortas o de “screenig” que se han desarrollado para detectar formas de simulación que requieran mayor profundización con inventarios como el SIRS por ejemplo, para dejar establecida con mayor certeza la posibilidad de simulación. Se debe ser claro nuevamente que lo ideal no es utilizar ninguna de estas pruebas cortas o inventarios de forma aislada, sino que lo sugerido es la aplicación de una batería de pruebas que abarquen además personalidad (como las que se han sugerido en anteriores apartados) e incluso cognición como se ilustrará posteriormente.

Antes de reseñar dichas pruebas, valga la mención de Resnick y Knoll (2008) respecto a una recomendación realizada por Vitacco y Rogers (2005) en la cual destacan un modelo de tres etapas para la detección de la simulación.

- Un primer paso consistiría en una exploración inicial clínica inicial que sirva como un “screening” clínico para la detección de la simulación.
- El segundo paso consiste en un cribado o screening más sistemático, con la utilización de instrumentos breves, como el Inventario M-FAST (apartado 2.5.1) o el SIMS (apartado 2.5.2).
- Un tercer paso consistiría en una evaluación más integral que consistiría en una revisión de los registros, y el uso de otras medidas validadas como el SIRS (apartado 2.5.3), el PAI (apartado 2.4.3), o bien el MMPI-2 (apartado 2.4.1) complementado por varias entrevistas.

Se debe recordar que el hallazgo de simulación de uno o varios síntomas psicóticos no descarta la presencia de verdaderos trastornos. Por tanto, determinar simulación no excluye la posibilidad de recibir servicios de salud mental. Los siguientes tres ejemplos, que se adjuntan de forma discrecional (total o parcialmente) en la sección de anexos, son utilizados en nuestro país y todos poseen versión en español.

### 5.3.1. El M-FAST (Ver Anexo 1. Versión tomada de Carrera 2005)

#### ❖ Descripción de la Prueba.

Una prueba utilizada con amplitud en el H.N.P es la Miller Forensic Assesment of Symptoms (M-Fast). El M-FAST se desarrolló como una derivación abreviada de la SIRS, para que funcionara como una medida de estilo de respuesta. A lo largo de su utilización ha demostrado aspectos prometedores para la distinción precisa entre estilos honestos y deshonestos o simulados de respuesta (Guriel y Fremouw, 2006).

Su autora (Miller, 2001) indica que está diseñada para mayores de 18 años, siendo validada en contextos clínicos forenses y no clínicos para personas de diferente sexo, etnia o contexto social. Como limitaciones refiere que no detecta simulación de síntomas neuropsicológicos, sino más bien simulación de psicopatología en general al no valorar trastornos mentales específicos. El evaluador debe verificar que la persona tenga la capacidad cognitiva para comprender los ítems y se debe evitar condiciones de agitación extrema o marcada incoherencia en el sujeto. Con adolescentes puede ser utilizado pero con cautela, recomendándose la aplicación del SIRS para verificar datos. Finalmente y al igual que cualquier otra prueba, el M-Fast debe ser utilizado en una evaluación que tome en cuenta también la historia del usuario así como otras pruebas e información colateral.

Guy et al (2006) estiman que han existido diversas líneas de investigación que han utilizados pruebas como el MMPI-II o el PAI para analizar aspectos de simulación, así como el SIMS o el M-test pero estas además de contener elementos importantes, generan a su vez limitantes como el requerir niveles de lectura básicos y un tiempo considerable para su aplicación. Al ser el M-FAST un instrumento de screening que puede generar en corto tiempo elementos de juicio para determinar si es necesario profundizar en otras dinámicas de la simulación, esto lo constituye en una herramienta valiosa.

Los citados autores indican que la M-FAST es una valoración rápida y válida para detectar enfermedad mental fingida, ya que en su estudio, cuando se pidió a los participantes fingir esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor o bien trastorno de estrés postraumático, estos simuladores obtuvieron puntuaciones

significativamente más altas en el M-FAST en relación con las personas en entornos clínicos que habían sido diagnosticados con la misma enfermedad, indicándose sobre todo una especial sensibilidad en lo concerniente a detección de la simulación de esquizofrenia (Guy et al, 2006).

Estos autores realizan a lo largo de su estudio una recomendación de la cual se hará eco; Si bien esta corta prueba puede generar algunos insumos importantes, la profundización para determinar elementos de simulación debe ahondarse. Sumado a esto se insiste en que la interpretación ya sea de una sola prueba, o más grave aún, una sola de sus escalas, resulta a todas luces insuficientes y riesgosas a la hora de pretender realizar inferencias confiables y válidas sobre una persona, sobre todo en un contexto en el que se valora simulación.

#### ❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

El M-FAST es una entrevista estructurada que brinda información sobre la probabilidad de que una persona simule síntomas de enfermedad mental. La componen 25 preguntas que se administran en un lapso de tiempo de entre 5 y 10 minutos, cuyas respuestas se operacionalizan en las siguientes escalas (Miller 2001):

- *Reportado vs Observado*: genera la oportunidad de comparar la descripción de la experiencia con la conducta actual.
- *Sintomatología Extrema*: Mide síntomas reportados como extremos en comparación con síntomas reportados típicamente por pacientes psiquiátricos.
- *Combinaciones Extrañas*: Consiste en la interpretación de síntomas que raramente aparecen juntos.
- *Alucinaciones Inusuales*: Evalúa síntomas poco frecuentes en pacientes psiquiátricos.

- *Curso Inusual del Síntoma*: Evalúa la precepción de la persona en cuanto al curso de su enfermedad psiquiátrica.
- *Imagen Negativa*: Evalúa si la persona tiene una imagen o percepción extremadamente negativa de si mismo que no es común en poblaciones psiquiátricas, teniendo en consideración que poblaciones como depresivos severos o trastornos límite de personalidad podrían asumir este tipo de posturas.
- *Sugestibilidad*: Mide el hecho de que personas que contestan positivamente las preguntas tienden a ser muy sugestionables.

Smith (2008) refiere que el M-FAST posee un punto de corte de  $\geq 6$  recomendado por su autora para poder poseer una sospecha de simulación siendo que su brevedad y fácil aplicación son dos características adicionales que la tornan sumamente atractiva. Además se indica que aunque la mayor parte de la investigación de este instrumento de screening fue llevado a cabo en un ambiente correccional-forense, su uso se ha difundido a otros contextos con importante éxito. De esta prueba existe un estudio en población costarricense que solicitaba pensión por invalidez, realizada por Carrera (2005).

### 5.3.2.El SIMS.(Ver en Anexo 2, Tomado de Widows y Smith, 2009).

#### ❖ **Descripción de la Prueba.**

Una de las circunstancias que ha conducido a la elaboración de medidas de simulación cortas, es la disponibilidad de tiempo de los evaluadores así como características de la población evaluada, las cuales en muchas ocasiones no toleran muchos minutos de evaluación. Por ello a pesar de que existen herramientas con comprobada efectividad para medir la simulación como el SIRS, se siguen desarrollando otras que puedan brindar otras perspectivas de los sujetos y que permitan incluso profundizar en ciertas áreas con subsecuentes evaluaciones de ser necesario. Es por ello que autores como Clegg et al (2009) plantean que existe la posibilidad de generar un equilibrio entre la

precisión de una buena y mayor clasificación, con practicidad, estimando que una opción para dicho dilema es el uso de auto-informes de evaluación que se puedan completar en periodos de tiempo de entre 5-15 minutos. Además de este tipo de beneficios, es importante que se demuestren elementos positivos en los resultados que se obtienen.

Alternativas como las anteriores se pueden obtener del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) de Widows y Smith (2005), prueba de screening que consta de 75 ítems de autoinforme con modalidad de respuesta verdadero-falso, y que brinda una evaluación de variedad de síntomas psiquiátricos y neuropsicológicos para la detección de la simulación a través de una variedad de entornos clínicos y forenses (Smith, 2008). El SIMS está diseñado para utilizarse con individuos mayores de 18 años, y brinda elementos referidos al falseamiento de psicopatología así como de funciones cognitivas en las siguientes áreas:

- *Psicosis* (15 ítems): Síntomas inusuales, extravagantes y atípicos de una patología psicótica real. Las preguntas que lo valoran se aprecian en Anexo 2.
- *Deterioro Neurológico* (15 ítems): Síntomas neurológicos ilógicos o muy atípicos.
- *Trastornos amnésicos* (15 ítems): Trastornos de memoria inconsistentes con patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
- *Baja inteligencia*: (15 ítems): exageración de déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
- *Trastornos afectivos* (15 ítems): Síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

#### ❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

Esta herramienta de evaluación es de vital importancia para colaborar en la ardua y delicada labor de lograr insumos para un proceso diagnóstico en el cual la simulación tiene importancia en las capacidades funcionales del sujeto. Esto para que, indistintamente de brindar un criterio a un ente judicial o bien orientar un seguimiento psicoterapéutico, se posea un nivel mayor de certeza para complementar las valiosas pero quizá limitadas opiniones personales sobre este tipo de dinámicas.

El amplio uso en nuestro país de este instrumento se debe a la existencia de versión en español, misma de fácil aplicación y calificación, que cuenta además con varios estudios que la sustentan en otros contextos, como se aprecia en lo destacada por Clegg et al (2009) a pesar de que se vuelve imperioso analizar sus resultados en un contexto como el costarricense, sobre todo en ambientes hospitalarios como el Hospital Psiquiátrico.

Como establecen González y Santamaría (2008), ya se están generando en países como España, estudios sobre fiabilidad y convergencia con otras pruebas reconocidas, como el MMPI-2 y el MCMI-III, test igualmente muy utilizados en el contexto costarricense. Estos últimos autores encontraron en su estudio (que comprendía 229 personas, 164 mujeres (71.6%) y 65 varones (28.4%) estudiantes universitarios asignados aleatoriamente a dos grupos independientes, "respuesta honesta" y simuladores de "mala imagen" o simplemente "simuladores"), que los sujetos "simuladores" presentaron puntuaciones más elevadas que el grupo control en todas las escalas de simulación evaluadas por el SIMS. Concluyeron los investigadores, que los simuladores parecen responder a los diversos autoinformes presentado un patrón de exageración de síntomas con el fin de reflejar "su peor imagen posible", hallazgo que se respalda con otras investigaciones y que demuestra la validez y confiabilidad de la prueba.

Además, el SIMS presenta correlaciones positivas y significativas con el Índice Global de Gravedad o Índice Sintomático General (GSI) del SCL-90-R (Edens y Dwyer, 1999). En este sentido, el SIMS es un instrumento de screening que puede resultar muy útil a la hora de proporcionar información que favorezca la convergencia de los datos para determinar simulación.

El SIMS no se recomienda para las personas con discapacidad grave y no deben usarse más allá de su propósito como screening para la simulación, ya que para una determinación más definitiva de ésta se sugieren valoraciones más exhaustivas como por ejemplo, SIRS complementado por múltiples fuentes de datos (historia médica y psiquiátrica).

5.3.3. *El SIRS. (Ver en Anexo 3, Tomado de Rogers, 1992)*

❖ **Descripción de la Prueba.**

Entrevista estructurada, desarrollada por Rogers et al (1992), que consta de 172 elementos, diseñada específicamente para evaluar simulación y otras formas de disimulación. Provee datos sobre fingimiento (simulación y desordenes facticios con síntomas psicóticos), así como los tipos de respuesta honesta. Esta entrevista genera además evidencia preliminar de respuestas inconsistentes y en casos de disimulación, el SIRS ofrece conocimiento acerca de cómo la persona puede estar fingiendo. Un ejemplar de la primera versión en inglés se adjunta en anexo 3, debiendo hacer uso totalmente discrecional y únicamente para consulta con fines académicos por profesionales en psicología.

❖ **Elementos relativos a la Simulación.**

Se brindará una resumida descripción de las escalas del SIRS:

*Cuadro 13: Descripción de escalas del SIRS.*

<i>Escala e ítems que la conforman</i>	<i>Descripción</i>
<i>Escalas Primarias</i>	
Síntomas raros (8)	Síntomas que ocurren de forma poco frecuente en personas con síntomas genuinos.
Combinación de Síntomas (10)	Ítems pares de problemas psiquiátricos que raramente ocurren simultáneamente.
Síntomas improbables o absurdos	Síntomas que tienen una fantástica o absurda

(7)	calidad, que los hace incapaces de ser reales.
Síntomas Evidentes (15)	Síntomas que incluso sujetos no entrenados son capaces de identificar como signos obvios de una enfermedad mental grave
Síntomas sutiles (17)	Síntomas que personas no entrenadas son más tendientes a asociar con problemas cotidianos o menor desajuste en comparación a síntomas de una enfermedad mental grave.
Síntomas Selectivos (32)	Comprende la combinación de síntomas evidentes y sutiles e indica aval no selectivo o indiscriminado, aprobación de problemas psiquiátricos.
Síntomas Severos (32)	Consiste en los síntomas evidentes y los sutiles considerados de extrema severidad.
Síntomas Reportados vs Observados (12)	Se basan en comparación de conducta observable (discurso/movimientos) y respuestas a los ítems
<b>Escalas Suplementarias</b>	
Evaluación Directa de la Honestidad (8)	Ítems que muestran la voluntad de la persona de expresarse de forma honesta.
Síntomas Defensivos (19)	Ítems que representan variedad de problemas cotidianos, preocupaciones y experiencias negativas que las personas tienen en algún grado.
<b>Escalas Suplementarias</b>	
<i>Descripción</i>	
Síntomas Demasiado Especificados (7)	Síntomas descritos con un irreal grado de precisión e indican típicamente un intento imposible de describir problemas emocionales.
Inicio de los síntomas y resolución (2)	Ítems que reflejan repentinos cambios atípicos en el curso de un desorden mental.
Inconsistencia de los síntomas	Ítems similares a los contenidos en los síntomas evidentes y los sutiles, repetidos como una medida de reporte disonante. La escala está

	basada en el número de disparidades entre las iniciales y subsecuentes administraciones de los ítems.
--	---

**Cuadro 13. Basado en Rogers et al (1992)**

Las anteriores ocho escalas primarias se basan en estrategias que han demostrado ser útiles en la discriminación clave de trastornos fingidos respecto a los genuinos. Los autores establecen que el SIRS representa una mejora sobre otros métodos de valoración en esta área, ya que ha sido validado a través de la integración de la simulación en grupos de diseño establecidos, así como el establecimiento de tasas de clasificación óptimas del fenómeno replicadas en otros estudios, lo que ha generado que el instrumento se muestre como una herramienta efectiva en la detección de la simulación y de los desórdenes relacionados al fingimiento.

Autores como Guy, Kwartner y Miller (2006) lo consideran el instrumento más establecido y validado específicamente en la determinación de la simulación, por su diseño y capacidad para distinguir a sujetos con enfermedad mental genuina, de aquellos que pretenden fingirla para obtener ganancias secundarias. Estiman que las fuertes propiedades psicométricas de la SIRS poseen adecuado respaldo y están bien documentadas. Asimismo se pueden rastrear estudios en los cuales se ha utilizado esta herramienta con muchas otras como el SIMS, en los cuales, dan cuenta de su complementariedad y la coherencia conceptual por la falta de contradicción entre las mismas (Clegg, Fremouw y Mogge, 2009); brindando la esperanza de posibilidades de investigación que aumenten cada día más algunas certezas evaluativas respecto a este tipo de temáticas.

El SIRS ha sido ampliamente aceptado por los investigadores en el campo de la simulación, y se ha considerado incluso como un “patrón oro” en la clasificación de los trastornos mentales fingidos. Su extenso uso queda de manifiesto en el siguiente resumen de estudios que han sido llevados a cabo con él en conjunto con otras pruebas, según lo descrito por Rogers (2008):

- **Con el MMPI-2:** Gassen, Pietz, Spray, y Denney (2007), Lewis, Simcox, y Berry (2002); McCusker y colegas (2003).

- **Con el PAI:** Boccaccini, Murrie, y Duncan (2006) y Kucharski y sus colegas (2007).
- **Con el SIMS:** Lewis y sus colegas (2002); Vitacco y sus colegas (2007).
- **Con el M-FAST:** Guy y Miller (2004), Jackson, Rogers y Sewell (2005), Miller (2004, 2005); Vitacco, Rogers y sus colegas (2007).

Rogers (2008) resume además lo que considera las fortalezas y limitaciones que presenta el SIRS. Sus principales fortalezas son:

- La validación incluye la simulación y comparaciones inter-grupos que poseen tanto validez interna como externa. A diferencia de muchas otras medidas, su validez discriminante se mantiene a través de ambos diseños.
- Las escalas primarias del SIRS se diseñaron específicamente para evaluar las estrategias explícitas de detección de la simulación. Por el contrario, muchas de las otras medidas sobre fingimiento carecen de esta base conceptual sólida, contando en su lugar con inferencias sobre estrategias de detección.
- Su precisión de la medición de los estilos de respuesta es muy adecuada. Se compara con el MMPI-2, siendo superior a la escala F de dicha prueba
- Se reporta además que la fiabilidad entre las escalas primarias SIRS es excepcionalmente alto ( $r = 0,996$ ) superando otras medidas de estilos de respuesta.
- El SIRS utiliza además puntuaciones de corte estables que permiten comparaciones directas entre muestras de investigación y muestras clínicas, lo que evita una marcada variabilidad observada con otras medidas (por ejemplo, los puntajes de corte para el MMPI-2 van desde 61T a 129T, siendo esta poco exacta respecto a los estilos de respuesta.
- El SIRS posee una baja tasa de falsos positivos.

En resumen, el SIRS según lo recopilado por su autor y diversas investigaciones, es una medida psicométrica con un alto nivel de validez discriminante. Pero a pesar de esto, la

citada prueba posee también varias limitaciones que deben ser considerados en sus aplicaciones clínicas y forenses:

- El SIRS no está diseñado para evaluar fingimiento de deterioro cognitivo, y el SIRS no se debe utilizar en la determinación de memorias falsas o déficit intelectuales simulados.
- En ocasiones, los examinados al ser evaluados pueden aprender de sus intentos fallidos para simular cuando se les aplica el SIRS, y aunque la misma puede seguir siendo eficaz, se debe ser cuidadoso con la invalidación o la manipulación de la prueba de parte de sujetos que han sido valorados con anterioridad.
- Se advierte de un especial cuidado que se debe tener al administrar el SIRS a personas con retraso mental leve, ya que las habilidades para comprender y comunicar esenciales y se debe estar atentos a signos de confusión o incertidumbre, debido a que muchas personas con retraso mental son renuentes a expresar su falta de comprensión. Esta permitido aclarar de forma proactiva el significado de ciertas palabras, aunque estas aclaraciones deberán documentarse en los protocolos.
- Varias líneas recientes de investigación sugieren cautela en la aplicación de la SIRS a trastornos de identidad disociativos.

Se concluye indicando que el SIRS ha sido ampliamente adoptado como el “patrón oro” para la investigación de la simulación de trastornos mentales, con un uso muy amplio en la práctica clínica y forense.

#### ***5.4. Otras pruebas utilizadas para observar indicios de simulación.***

Este apartado se consideró importante para ilustrar lo que la literatura científica reporta en cuanto a escalas, cuestionarios y tipos de pruebas utilizadas en la evaluación psicológica y que generan elementos complementarios para valorar dinámicas de simulación. Ya se ha mencionado que existen pruebas diseñadas específicamente para estos fines (SIRS, M-FAST, SIMS) y otras que generan insumos indirectos de la posible presencia de simulación (MCMI-III, MMPI-II, PAI); pero aunadas a estas se reporta la existencia de otra importante cantidad de instrumentos que pueden generar insumos complementarios valiosos.

Algunas de ellas, a pesar de que no miden el fenómeno de la simulación directamente, si valoran elementos importantes en temas que comprenden desde trastornos de personalidad así como indicios de organicidad u otro tipo de dinámicas. Si bien algunos de ellos presentan limitaciones como no estar traducidas al español, estos factores pueden ser impedimentos importantes pero no necesariamente insuperables. Se pretende sin afán de ser exhaustivo con este breve apartado, mencionar algunos de esos múltiples instrumentos que se pueden utilizar de forma complementaria y de los cuales han derivados áreas de investigación importantes.

##### *5.4.1. Pruebas no específicas para la detección de la simulación.*

- **Test Gestáltico Visomotor de Bender.** Prueba gráfica de larga data y ampliamente conocida en el HNP. El citado autor brinda la recomendación de llevar a cabo un retest, transcurridos bastantes días desde la primera evaluación e invirtiendo el orden de las tarjetas, ya que al sujeto se le olvidará cuáles eran los patrones de respuestas que brindó. Si bien esta prueba no mide directamente elementos de simulación, si ayuda a situar los elementos que puede brindar una persona en esta área sobre todo para guiarse en la valoración posterior de supuestos daños cognitivos.

- **El test de los 15 ítems de Rey (Lezak, 1995)** para Hernández (2011) es una de las pruebas más clásicas de efecto suelo. Este efecto es interesante en simulación porque se trata de pruebas sencillas pero que presentan una validez aparente de mayor complejidad, lo que lleva a los simuladores a sobrestimar su nivel de dificultad y a obtener un rendimiento inferior al de personas con una disfunción cerebral más grave (Muñoz Céspedes y Paúl Lapedriza, 2001). El test de los 15 ítems de Rey consiste en una lámina en la que aparecen cinco series de tres elementos fuertemente relacionados entre sí dispuestos en una matriz de 3 x 5. Tras diez segundos de estudio y solicitar al paciente que copie la figura, se establece un intervalo de demora de 10 segundos, tras los cuales se solicita la reproducción de memoria.

Lezak (1995) sugiere que se enfatice al sujeto que debe recordar los 15 elementos, de manera que parezca un test de memoria más complejo de lo que es en realidad. Lezak, Howieson y Loring (2004) indican que la población general no tiene problemas en recordar los 15 elementos perfectamente, los pacientes psiquiátricos hospitalizados presentan rendimientos ligeramente inferiores (12,87+- 3,69) pero superiores a los pacientes neurológicos (10,80+- 5,20) y los simuladores presentan claramente un rendimiento subóptimo, muy por debajo de los pacientes con patología genuina (6,27+- 4,7). No obstante, su utilización es controvertida y está sujeta a debate entre los neuropsicólogos forenses (Vilar-López, 2009).

- **Test de Retención Visual Benton:** menciona el autor que esta prueba es donde los simuladores cometen más errores de distorsión comparados a pacientes con lesiones cerebrales; pero a pesar de ello no cometen más errores de omisión. Dicha prueba se considera un test neuropsicológico sensible a la pérdida de memoria a corto plazo, que evalúa la percepción visual y las praxias constructivas. El mismo consta de 10 figuras, las cuales se le presentan al sujeto durante un corto periodo de tiempo (10 segundos), luego de lo cual debe intentar dibujarla de memoria. (Información extraída de <http://psychiatry.es/content/view/362/93/>, el 23 de febrero del 2012).

- **La Batería de Halstead-Reitan:** En ella las personas que actuarían como simuladores, ejecutan peor los test que los pacientes lesionados, a excepción del Test de Categorías, el Test de Ejecución táctil y la parte B del Test de Trazado (Trail Making Test). Elaborada por W. Halstead y R. Reitan, se trata de un instrumento para el examen neuropsicológico que realiza una exploración a través de 5 pruebas, a saber: categoría, capacidad táctil, golpeteo digital, percepción de sonidos del habla y tests rítmicos (Información extraída de <http://psychiatry.es/content/view/362/93/>, el 23 de febrero del 2012).
  
- **El PICA (Porch Index of Communicative Ability):** Dicha prueba es utilizada para detectar la simulación del trastorno afásico. El PICA es considerada una medida confiable y sensible para evaluar capacidad de comunicación en adultos con lesiones cerebrales. La batería de la prueba consiste en 18 subpruebas, las cuales versan sobre diez objetos comunes de muestreo para valorar la capacidad comunicativa en las modalidades de habla, procesamiento auditivo, gestos, la escritura, lectura, copia y discriminación visual del usuario. (Información extraída de <http://www.picaprograms.com/description.htm> el 23 de febrero del 2012).
  
- **Test de Memoria de Dígitos de Hiscock y Hiscock y el Test de Reconocimiento de Dígitos de Portland:** En ambas tareas se presentan series de cifras numéricas, para las cuales, pasado un intervalo de tiempo, se ofrecen dos posibles respuestas ante cada pregunta, por lo que existe una probabilidad del 50% de responder correctamente por azar. Ello permite calcular el intervalo de confianza en una distribución binomial.

Las principales diferencias entre ambas pruebas es que, en la tarea de reconocimiento de dígitos de Portland, los dígitos se presentan de forma no verbal, el intervalo de demora se emplea en una tarea de interferencia (contar hacia atrás), y en la tercera presentación de los estímulos, se realiza con una demora de 30 segundos en vez de 15 segundos. Se reseña que dichas pruebas poseen una cantidad importante de investigaciones que empiezan a respaldar sus resultados (Muñoz-Céspedes, Paul-Lapedriza 2001).

- **Dot Counting Test:** Esta es una prueba en la que al sujeto se le presenta una serie de tarjetas con puntos, tanto agrupados como sin agrupar, pidiéndosele 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. El número de puntos varía en cada tarjeta, así como su distribución. Este test posee dos características esenciales a la hora de detectar con baja motivación en la ejecución: la primera es que los las personas no conocen cuál es el tiempo de respuesta de los sujetos con daño cerebral real; así es fácil que puedan caer en puntuaciones por debajo de lo esperado. Asimismo en quienes se sospecha simulación, se podría presentar el que no tengan un tiempo de respuesta adecuado a la dificultad de la tarea (García-Domingo, Negredo-López, Fernández-Guinea, 2004).
  
- **El Test of Memory Malinger (TOMM; Toumbaugh, 1996)**, según indican Matalobos y Gonzalez (2007) es una prueba muy utilizada que ha demostrado sensibilidad y especificidad a la hora de detectar simulación de déficit cognitivo a nivel neuropsicológico. Es una prueba de screening basada en un formato de elección forzada, diseñada específicamente para detección de simulación neurocognitiva.

Según Hernández (2011) consta de dos series o ensayos con 50 dibujos/estímulos, más 50 paneles de reconocimiento donde el sujeto debe identificar visualmente (sin nombrar) los dibujos previamente presentados, versus un dibujo distractor. Quince minutos después se administran 50 paneles de reconocimiento sobre los dibujos presentados previamente (ensayo de retención). Los simuladores presentan un porcentaje de identificación correcta de dibujos significativamente menor en la segunda serie/ensayo y en el ensayo de retención que los sujetos controles y los pacientes con deterioro cerebral genuino; igualmente los pacientes litigantes con deterioro cerebral traumático presentan un peor rendimiento, por debajo del azar, que los pacientes no litigantes. Para Tombaugh (2011), su creador, los simuladores tienen la impresión de que la prueba les resulta muy difícil a personas que tienen realmente problemas de memoria, y por ello fallan intencionalmente muchos de los ítems, y cierta dinámica que se presenta en la aplicación de la prueba, genera que actúen diferencialmente los simuladores, quienes no pretenden mejorar su rendimiento (contrario a otras poblaciones).

El TOMM ha resultado así mismo ser eficaz en la clasificación correcta de pacientes con dolor crónico que exageran deliberadamente déficits neurocognitivos (Etherton, Bianchini, Greve y Ciota, 2005; Greiffenstein, Greve, Bianchini y Baker, 2008 citados por Hernández, 2011). También ha mostrado consistencia a la hora de determinar la exageración o simulación de alteraciones mnésicas en diversas situaciones clínicas y especialmente en el ámbito forense, viéndose poco afectado por variables demográficas (edad o nivel educativo, etc.) o condiciones neurológicas que también podrían afectar a la función mnésica.

- **The Trauma Symptom Inventory (TSI)** (Briere, 1995): Guriel et al (2006) describen al TSI como un instrumento de auto-reporte, diseñado para registrar algunos síntomas psicológicos asociados comúnmente con eventos traumáticos, el cual se ha utilizado por los citados autores junto al PAI para ayudar a evaluar elementos de simulación.

Dicho instrumento fue el primero que generó escalas específicas destinadas a valorar estilos de respuesta. Contiene 10 escalas relativas a TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) de relevancia clínica y tres escalas de validez (respuesta atípica, incoherencia y nivel de respuesta).

La susceptibilidad del Inventario para medir elementos de simulación se evaluó por primera vez en una muestra de estudiantes de pregrado a quienes se les pidió que respondieran con honestidad, otros como si estos hubieran estado involucrados en un accidente automovilístico o si hubiesen sido víctimas de un asalto sexual, y otros que debían añadir el hecho de que estuvieran buscando una indemnización civil por un trauma psicológico.

A un grupo se les proporcionó criterios del DSM-IV para ayudarse a responder a las preguntas en la condición de la simulación de su supuesto TEPT, encontrándose que quienes tuvieron información básica sobre el TEPT producían perfiles elevados para todas las escalas y al utilizarse el punto de corte recomendado para la validez de la escala de respuesta típica, el 73% de los protocolos de simulación fueron identificados incorrectamente como válidos. Los autores encontraron que el 45% de los estudiantes

que fueron capaces de fabricar con éxito los síntomas de TEPT también se identificaron a través de escalas de validez como simuladores.

Además de estas y otras valiosas conclusiones, se encontró que los estudiantes capaces de hacerse los enfermos o simular los síntomas estaban además motivados por el fraude o la ganancia monetaria, lo que señala que el hecho de obtener ganancias funciona a su vez como un poderoso e importante predictor de la simulación, como se ha ilustrado ampliamente en el apartado del marco teórico.

- **Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS).** (Arce, 2006). Spitzer y Endicott en el año 1978 presentaron la escala SADS con el fin de tratar de lograr una estandarización de una entrevista diagnóstica. El instrumento consiste en un formato de entrevista semiestructurada que requiere una gran destreza y sofisticación por parte del sujeto que intenta simular. Se plantea que un plus de esta en comparación a las entrevistas tradicionales, es que el sujeto por la forma de la misma debe presentar su relato de forma muy detallada así como ordenada en episodios discretos, lo que le obliga a precisar su inicio, así como severidad y duración de los síntomas. El instrumento proporcionaría además comparaciones estandarizadas de los síntomas.

Existe una versión del SADS aplicable a niños y adolescentes (entre 6 y 18 años), el K-SADS reportado por Ambrosini (2000). El instrumento tiene la ventaja de que posibilita efectuar un examen a profundidad de la consistencia del autoinforme del paciente, cuya variabilidad en entrevistas no estructuradas puede deberse a cambios ya sea en el estilo o el énfasis de las preguntas que realiza el evaluador (Rogers, 1997). Rogers (1997) brindó una serie de datos, obtenidos de diversas fuentes (Rogers, 1988; Ustad, 1996) que evaluaron simulación en diferentes muestras de individuos (esquizofrénicos, presos y pacientes forenses respectivamente), cuyas puntuaciones excedían sustancialmente algunas calificaciones de corte del SADS.

Para la detección de la simulación se aplicaron, adoptando el paradigma teórico de Rogers, cinco estrategias: síntomas raros, síntomas contradictorios, combinación de síntomas, severidad de síntomas y agrupamiento indiscriminado de síntomas. De los resultados obtenidos se concluyó que no era aconsejable emplear la estrategia “síntomas

raros” en el SADS como un elemento de detección de la simulación, debido al elevado porcentaje de falsos positivos encontrados. Además, se observó que las restantes estrategias resultaban eficaces en la detección de sujetos simuladores, debido a que superaban las puntuaciones de corte establecidas por el SADS en un porcentaje mayor que las otras muestras.

#### *5.4.2. Otras escalas y pruebas para detección de simulación.*

- **El M Test (Beaber, Marson, Michelli y Millis, 1985).** Primer instrumento desarrollado con el objetivo primario de detectar posibles simuladores de esquizofrenia, consta de 33 ítems de auto-informe con elección de verdadero-falso. Fue creado como una amalgama de estrategias de detección que incluyen síntomas improbables y raros. Smith (2008) señala que el M Test se organiza en tres escalas: La escala C (Confusión) que se compone de ocho elementos que reflejan "actitudes" o "creencias" no asociadas con la enfermedad mental; escala S (síntomas de esquizofrenia): y la escala M (simulación). Sus características psicométricas han sido explorados, lo que demuestra aceptables fiabilidades internas y consistencia. Además, la Prueba M ha guiado a la dirección de las investigaciones posteriores sobre el “mal fingimiento” hasta otras investigaciones más específica de la simulación en condiciones particulares. Pero a pesar de ello, otros consideran que dicha prueba parece detectar más bien personas con déficit o deterioro cognitivo.

En intentos posteriores de mejorar dicho test, realizando investigaciones en que se buscaba realizar la diferenciación entre pacientes psiquiátricos y de correccionales (Rogers, Bagby y Gillis, 1992), los estudios parecen no haber confirmado resultados con otras poblaciones similares.

- **La Malingering Scale (Schretlen, 1986):** Esta escala ha sido otro intento para ayudar a detectar simuladores. La misma consta de dos escalas: La de simulación de deficiencia mental (malingering retardation, MgR), y la de simulación de locura (malingering insanity, MgI). Sin embargo se le han señalado déficit metodológicos relativos a la selección sesgada de la muestra y longitud de la prueba que consta de 150 ítem.

#### *5.4.3. Desarrollos actuales para detección de simulación.*

Para este apartado se citará en su totalidad a Smith (2008) de quién se realizará una traducción libre, a efectos de tratar de replicar la extensa ilustración que brinda sobre nuevos instrumentos que se están utilizando para la detección de la simulación. De algunos de estos instrumentos no se conocen traducciones al español, por lo que los nombres se traducirán de la forma más literal posible manteniendo sus siglas en inglés para aquellos lectores que las hayan escuchado o profundicen en literatura anglosajona sobre los mismos. Los instrumentos en cuestión son el Inventario de Depresión (ADI), la Escala de Detección de la Simulación (MDS), la African State Presidents' Detainee Scale (ASPDS), y la Prueba de Conmoción Emocional Morel (MENT).

- **Inventario de Depresión.** La ADI (Mogge y LePage, 2004) es una escala de 39 ítems en los que los encuestados indican la naturaleza de los síntomas durante un período de tiempo de 2 semanas mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (nunca, algunos, a menudo, o siempre). La ADI ha demostrado utilidad clínica inicial en la selección en una población psiquiátrica intentando fingir rasgos depresivos. Su utilidad se ve reforzada por su bajo requerimiento a nivel de lectura. Sin embargo el autor estima que algunas características de las escala relacionadas al fingimiento deben ser discutidas, además de que se debe profundizar en investigaciones adicionales sobre su validez convergente y discriminante. Por último, investigación

con un diseño de grupo establecidos (por ejemplo con sospechosos de simulación) contribuiría a respaldar el uso rutinario de ADI en poblaciones clínicas.

- **Escala de Detección de la Simulación.** El MDS (Barkemeyer y Callon, 1989) es una escala de 29 items para distinguir entre pacientes con enfermedad orgánica neurológica demostrable y simuladores. El MDS se divide en dos secciones principales: la entrevista y los comportamientos objetivos aparentes de la conducta de los pacientes. En la primera sección, se pide al profesional que tenga en cuenta los intentos de manipulación del paciente en las respuestas específicas a las preguntas así como las reacciones ante el desacuerdo.

Las preguntas fueron desarrolladas en base a su "alta correlación positiva con la simulación" a través de la identificación de unos 26 comportamientos recurrentes de simulación. Por ejemplo, Resnick (1984) señala que los simuladores refieren elementos que a menudo no calzan con ninguna entidad diagnóstica conocida (característica capturada por varios de los elementos de la MDS. En la segunda sección, el examinador califica los objetivos potenciales del comportamiento de los pacientes en cuanto a la evitación de la responsabilidad y conseguir un objetivo concreto (por ejemplo un aumento u otro tipo de ganancia). La identificación de los motivos para la simulación se consideran en la forma de "tres funciones generales" que pueden indicar la simulación, tales como el rechazo de explicaciones alternativas en relación con la etiología de las dificultades actuales.

Aunque el MDS proporciona una oportunidad de evaluación relativamente rápida y discreta como sugieren los autores, la investigación identificó apoyo limitado. La cuestión clave es si sus resultados se generalizan a otros contextos clínicos y profesionales que no están estrechamente implicados en su desarrollo. Además, un examen más detenido de determinadas enfermedades neurológicas y las variables demográficas (por ejemplo, raza) puede ayudar a eliminar la posibilidad de que las amenazas a la validez interna y externa.

- **La African State Presidents' Detainee Scale (ASPDS).** La ASPDS (Bunnting, Wessels, Lasich, y Pillay, 1996) es un instrumento de 20 ítems diseñado para la detección de simulación de psicopatología general. Los autores derivan elementos de la prueba de una revisión de la literatura, así como de "experiencia clínica personal del autor y de reuniones clínicas multi-disciplinaria. Los elementos se divide en dos dominios. El primero implica un comportamiento preventiva (por ejemplo, dudas trastornos mentales The first involves pretrial behavior (e.g., claims to be mentally disordered),, función física (por ejemplo, normal EEG) y los informes de la familia (por ejemplo, informes no confirmados de trastorno mental del individuo). Otros artículos se refieren más directamente a la simulación como se describe en el DSM-IV (por ejemplo, el móvil del crimen se encuentra en los registros de la corte y las evaluaciones psiquiátricas). Un puntaje solo representa el número total de respuestas positivas.

La capacidad de este instrumento para "diagnosticar simulación con un alto grado de precisión" no parece ser apoyado la literatura ni corroborada a través de la investigación de validación cruzada. En este punto, el instrumento no puede ser recomendado para su uso rutinario.

A continuación se presenta un cuadro resumen de las diversas pruebas descritas, que se pueden utilizar como complemento para la detección de la simulación:

**Cuadro 14: Resumen de otras pruebas que brindan indicios de simulación.**

Nombre	Tipo	Usos	Indicios Simulación
<b>Test Bender</b>	Gráfica	Detección problemas viso-motores.	En retest (días después de primera evaluación, invirtiendo orden de tarjetas), el sujeto olvidará patrones de respuestas brindados, apreciándose exageraciones de distorsión.
<b>Test 15 ítems Rey</b>	Gráfica	Memoria.	Los simuladores sobrestimar nivel de dificultad, obteniendo un rendimiento inferior a quienes poseen disfunción cerebral grave. Población general puede recordar los 15 elementos perfectamente, pero los simuladores presentan rendimiento subóptimo. Utilización controvertida y sujeta a debate en la actualidad.
<b>Test Retención Visual Benton.</b>	Neuro-psicológica.	Memoria, percepción y praxias constructivas	Los simuladores cometen más errores de distorsión comparados a pacientes con lesiones cerebrales; pero a pesar de ello no cometen más errores de omisión.

<b>Batería de Halstead-Reitan</b>	Neuropsicológica.	Funciones motoras	Los simuladores ejecutan peor los test que los pacientes lesionados (excepto el de Categorías, el de Ejecución táctil y el Trail Making Test).
<b>El PICA (Porch Index of Communicative Ability)</b>	Neuropsicológica.	Simulación trastorno afásico.	Valora capacidad comunicativa en modalidades de habla, procesamiento auditivo, gestos, escritura, lectura, copia y discriminación visual. En simuladores no se concuerda con pacientes con daños reales.
<b>Memoria de Dígitos Hiscock y Hiscock.</b>	Reconocimiento visual	Memoria.	Índice de reconocimiento menores a los del azar o a los esperados para las poblaciones con problemas reales de memoria.
<b>Test Reconocimiento Dígitos de Portland</b>	Reconocimiento visual	Memoria.	Muestra al igual que el test de Hiscock, índices de reconocimientos menores a los del azar o a los esperados para las poblaciones con problemas reales de memoria.
<b>Dot Counting Test</b>	Reconocimiento visual	Ejecución	Detecta baja motivación en ejecución. Quienes no conocen el tiempo de respuesta de sujetos con daño cerebral real caen en puntuaciones debajo de lo esperado. En simuladores se podría presentar tiempo de respuesta inadecuado para la dificultad de la tarea
<b>El Test of Memory Malinger (TOMM)</b>	Reconocimiento visual	Memoria.	Los simuladores creen que la prueba es muy difícil para quienes tienen reales problemas de memoria, por ello fallan mucho intencionalmente. Tampoco buscan mejorar su rendimiento (contrario a otras poblaciones)
<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>	<b>Usos</b>	<b>Indicios Simulación</b>
<b>The Trauma Symptom Inventory (TSI)</b>	Autoreporte	Síntomas asociados a Trastorno de Estrés Postrauma (TEPT).	Quienes tienen información básica sobre el TEPT, elevan los perfiles en todas las escalas. Quienes simulan síntomas estaban motivados por el fraude o la ganancia monetaria (obtener ganancias funciona como un poderoso predictor de la simulación).
<b>Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)</b>	Entrevista Semi-Estructurada.	Diagnóstico Esquizofrenia y trastornos afectivos.	Por la forma muy detallada de explicar su trastorno (ordenada en episodios discretos), se obliga a precisar inicio, severidad y duración de los síntomas. posibilitando un examen a profundidad de la consistencia del autoinforme. Quienes simulan no presentan consistencia.
<b>El M Test</b>	Autoinforme	Simulación esquizofrenia	Incluye detección de síntomas improbables y raros. En intentos de diferenciar entre pacientes psiquiátricos y de correccionales, los estudios parecen no confirmar resultados con otras poblaciones similares.
<b>La Malinger Scale</b>	Autoinforme	Simulación deficiencia mental y	Detecta síntomas raros e improbables, pero se le han señalado déficit metodológicos relativos a la selección sesgada de la muestra original y

		locura	la longitud de la prueba (150 ítem).
<b>Inventario Depresión</b>	Autoinforme	Detección de la depresión	Características de la escala relacionadas al fingimiento, se encuentran en discusión.
<b>Escala de Detección de la Simulación. MDS</b>	Inventario	Distinción entre enfermedad orgánica neurológica y su simulación	Los simuladores refieren elementos que no calzan con entidades diagnósticas conocidas (característica capturada por varios de los elementos de la MDS). Aunque proporciona una oportunidad de evaluación rápida y discreta, la investigación identificó apoyo limitado.
<b>African State Presidents' Detainee Scale (ASPDS)</b>	Inventario	Detección de simulación de psicopatología general.	Rastrea dudas de trastornos mentales, de la función física, los informes familiares e incentivo externo para intentar la simulación. Su capacidad para "diagnosticar simulación con un alto grado de precisión" no parece ser apoyado la literatura.

***Cuadro 14: Elaboración propia.***

### ***5.5. El Informe escrito en casos de simulación***

En el caso de la psicología clínica lo pertinente es brindar información para el proceso terapéutico, por lo que se pueden generar hipótesis presuntivas para que las mismas sean exploradas conforme al avance del abordaje. Para ello se generan evaluaciones de tipo:

- *Descriptivas: Descripción de los síntomas como ayuda para el diagnóstico.*
- *Funcionales: Características situacionales y caracteriales de la persona que ayudan a mantener sus conductas inadaptadas.*
- *Prescriptivas: Recomendación de los tipos de intervención. (Cullari, 2001).*

Al igual que lo sugerido en otros campos de evaluación psicológica, no solo es deseable poseer variadas herramientas que brinden información importante y pertinente para lo que se desea analizar, sino que es esencial la presentación de esa información de forma adecuada y accesible. Si bien el tema del informe y sus diferencias para ambos contextos escapa a los alcances del presente trabajo, se debe indicar de manera muy puntual que para ambos lo esencial consiste en basarse en una adecuada interpretación y análisis de varias pruebas, contener únicamente la información pertinente y oportuna según lo

solicitado, excluyendo cualquier otro tipo de datos que no sea de interés para los fines de evaluación.

El análisis que integra al informe se debe basar en los datos recolectados, las pruebas empleadas y el resto de hallazgos observados, medidos e interpretados. En este sentido Jiménez (2001) indica como elementos deseables de un informe que responda al pedido que lo originó y que se mantenga dentro de la solicitud planteada siempre y cuando sea pertinente a la psicología, que sea de una extensión moderada con utilidad y poseyendo comprensión en su contenido, que haga referencia a los test e instrumentos de valoración con lenguaje inteligible, que posea utilidad y relevancia siendo informativo y con características que le permitan ser defendible en los elementos que lo originaron.

Cuando se responde a un contexto psicolegal lo que se pretende generar con los datos es la evaluación de conexiones causales entre condiciones clínicas y habilidades funcionales del sujeto, que son directamente relevantes para el asunto legal, por lo que, para los peritos forenses lo importante es referirse a: “Las capacidades y déficits relevantes del examinado así como las inferencias y razonamiento del evaluador en relación con las causas de estos déficits” (Saborío 2005).

A nivel judicial cuando se solicita un dictamen, se establece que el mismo significa y requiere una opinión y juicio y que en materia probatoria un dictamen pericial se constituye en la respuesta que el perito brinda a lo consultado por el juez y otros usuarios o interesados que forman parte del proceso, teniendo en cuenta que dichas cuestiones versan sobre aspectos de carácter técnico (Aguilar y Morales, 2003).

Las citadas autoras hacen un recuento de los requisitos que debe contener un dictamen policial, a saber:

- a) Para su existencia: Debe ser un acto procesal, ser el resultado de un encargo judicial, es personal (no se puede delegar), debe contener conceptos personales del perito, versar sobre los hechos y no sobre cuestiones de puro derecho, debe ser obra de un tercero que no es parte del proceso.

- b) Para su validez: Su ordenación-presentación y exposición debe ser en forma legal, el perito debe poseer capacidad jurídica y estar debidamente nombrado, el acto debe ser consciente libre de coacción, violencia, dolo, cohecho o seducción; no debe existir norma legal que prohíba esa prueba, el perito debe realizar personalmente los estudios básicos del dictamen y utilizar para ello medios legítimos.
- c) Para la eficacia: El dictamen debe ser un medio conducente respecto del hecho por probar, su objeto debe ser pertinente y existir relación del hecho con la causa que se investiga, el perito debe ser competente y experto para el desempeño de su cargo así como imparcial para que se garantice su sinceridad, el dictamen cuando se objete por error grave quedará sin mérito y deberá repetirse motivo por el cual es esencial que esté debidamente fundamentado; sus conclusiones deben ser claras, firmes, convincentes y consecuencia lógica de sus fundamentos siendo el mismo trasladado a las partes. Además el dictamen no debe ser desvirtuado por otras pruebas y el perito no debe retractarse además de que el peritaje se debe presentar en la oportunidad procesal que indica la ley para que la parte perjudicada pueda ejercer su derecho de defensa. Finalmente los peritos no pueden excederse en los límites de su cargo.

Si bien los elementos anteriores son esenciales y deben ser tomados en cuenta para la realización del informe, otro hecho esencial ya que aspectos del contenido del mismo es que para una autoridad judicial no es importante conocer de estructuras psicopatológicas sino mas bien conocer la posición del sujeto en su dimensión subjetiva respecto a los hechos (Aguilar y Morales, 2003).

Desde la anterior perspectiva, las autoras reseñan los elementos que para ese momento se utilizaba por parte de los peritos judiciales en la conformación de un informe, el cual poseía las siguientes partes:

- A) Estudio Preliminar del Caso.
- B) Entrevista Psicológica.
- Identificación del Evaluado.

- Narración de hechos.
  - Cuadro familiar.
  - Antecedentes Psicopatológicos y/o penales familiares y personales.
  - Embarazo y parto.
  - Desarrollo Psicomotor.
  - Desarrollo Psicosocial.
- C) Observación Conductual.
- D) Test Utilizados.

Por otro lado existen elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de la redacción del informe, como la utilización de ciertos términos que se pueden prestar a confusión. Uno de ellos es por ejemplo el de “Falta de fiabilidad” ya que es un término muy general que plantea dudas sobre la veracidad de las de información, sea que esta sea obtenida mediante entrevistas o pruebas psicológicas.

Otro elemento esencial reseñado por Rogers (2008) es que se debe evitar hacer suposiciones acerca de la intención de la persona o las razones por las cuales brinda datos inexactos (término especialmente útil en casos de conflicto de datos clínicos). De igual manera se debe prestar atención a una equiparación inadecuada de términos, ya que aspectos como una “No Divulgación” de información podría simplemente describe una retención de información (es decir, ser omisión y no necesariamente una simulación).Igual atención merece el término “engaño” que es un término muy abarcador que puede ser usado para describir muchos aspectos pero que también puede utilizarse por las personas para distorsionar o tergiversar su autoreporte. Además el engaño puede incluir heterogeneidad de aspectos incluso para efectos de la evaluación, puede ser totalmente independiente de funcionamiento autoreportado por la persona.

Hernández (2011) a su vez realiza un recuento de terminología que puede servir a la hora de la redacción de un informe y que posee significancia por la diferenciación que puede ayudar a establecer tanto a quien redacta el informe como al lector que se persiga

interprete, lo que el profesional desea transmitir. Para ello cita a Rogers (2008) indicando los principales estilos de respuesta relacionados con la simulación:

- Defensividad: es el término opuesto a simulación y hace referencia a la negación o minimización intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. Erróneamente, suele utilizarse disimulación, que es un término más impreciso, para hacer referencia a este aspecto.
- Engaño: la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados cuando no se ha determinado la existencia de recompensas externas o psicológicas.
- Ganancia secundaria: es término poco preciso utilizado generalmente en el contexto clínico que hace referencia al mantenimiento e incremento de la sintomatología debido, a razones intrapsíquicas (inconscientes) o conductuales (conductas reforzadas por el entorno).
- Esfuerzo subóptimo o esfuerzo incompleto: un término derivado de la evaluación neuropsicológica que hace referencia a que el individuo no ha logrado el mejor rendimiento posible en una prueba neuropsicológica. El esfuerzo subóptimo se debe a estados de fatiga o frustración o bien, está relacionado con otras patologías comórbiles como la depresión o el daño cerebral traumático. Valores extremos de esfuerzo subóptimo puede sugerir engaño y/o simulación.
- Respuesta irrelevante: está relacionado con la falta de compromiso en la realización de las pruebas de evaluación y conlleva la presencia de inconsistencias en las respuestas a los tests, que hacen difícilmente interpretables los mismos. (Hernández, 2011)

## CAPÍTULO VI: LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### *6.1. Limitaciones.*

**Del investigador:** Para el estudio de las dinámicas de simulación de síntomas psicóticos, un primer elemento que generó restricciones fue la falta de estudios en el país sobre el tema a nivel clínico. En el HNP, y más recientemente en el CAPEMCOL existe una carencia de estudios en los que estén plasmados metodologías de abordaje de la simulación. Esto provocó que el investigador debiera utilizar como fuentes primarias de información investigaciones y referencias de otras latitudes, las cuales a pesar de ser ilustrativas y enriquecedoras, no dejan de ser limitadas en cuanto a la extrapolación de las mismas a la realidad costarricense.

Otro elemento que limitó el que el presente trabajo tuviera otro tipo de alcances, es la carencia de legislación que permitiera la aplicación y puesta en práctica de un estudio de campo, en el cual se pudieran aplicar algunas de las metodologías y pruebas psicológicas descritas. Esto genera que este trabajo se circunscriba y limite a ser una revisión bibliográfica, en el que los objetivos se limitaron a ser una herramienta descriptiva para los profesionales que deben realizar este tipo de valoraciones. La expectativa es que este trabajo se convierta en un punto de partida básico para que posteriores investigaciones, con un contexto legal adecuado, puedan aportar datos sobre las metodologías y pruebas que se utilizan para valorar simulación de síntomas psicóticos.

**Institucionales:** El HNP y en la actualidad el CAPEMCOL carecen de un protocolo para la atención de casos en que se sospecha simulación de síntomas psicóticos. La práctica clínica en la actualidad se ha basado en la valoración de dicha dinámica y la aplicación de pruebas que a criterio del clínico, sean las adecuadas para el caso. Si bien este aspecto no es necesariamente negativo ni mucho menos, las exigencias actuales y la necesidad de realizar acercamientos más detalladas a las dinámicas de simulación, generan la necesidad de sistematizar los procedimientos que se utilizan para estudiar estos fenómenos.

Otro elemento no menos importante, es el hecho que el profesional debe respaldar su trabajo y apreciaciones de manera cada vez más detallada, porque sobre la exactitud de

las mismas debe responder, como se ha mencionado, ante autoridades judiciales. En este sentido tanto la Caja Costarricense del Seguro Social como el programa de la Especialidad en Psicología Clínica, deben tratar de procurar y habilitar espacios para la investigación y formulación de propuestas de este tipo. En la actualidad la tendencia a dedicarse al trabajo de atención, descuidando el trabajo de investigación, es un elemento que se debe problematizar para obtener otro tipo de resultados.

Además, es indispensable continuar con la lucha para tener una legislación clara que favorezca las investigaciones clínicas, y así dotar de insumos a los futuros investigadores que se interesen en el tema, esto en pro de la obtención de mayores y mejores resultados en este tipo de valoraciones. Esto redundaría también en la posibilidad de generar investigación en poblaciones autóctonas y poder así construir un acervo de información que permita acercamientos más sucesivos y exactos de las dinámicas de simulación de síntomas psicóticos en Costa Rica.

## ***6.2. Conclusiones.***

Es vital que todo psicólogo y psicóloga, además de un conocimiento profundo de la psicopatología y entrenamiento en el uso de pruebas psicológicas, conozca el marco legal en el cual se deben enmarcar todas sus actuaciones, así como los deberes y derechos que posee tanto a nivel ético, legal y administrativo. En los casos en que se valora simulación de síntomas psicóticos, los profesionales que están presentando un servicio de salud y que actúan desde un paradigma clínico de intervención, poseen una obligación especial de conocer estos aspectos y saber que aunque por sus condiciones lo clínico y lo forense posee un cierto traslape, ello no lo exonera de tener que guiarse con sumo cuidado tanto en la introducción que se realizan a la persona, como el posterior uso de la información.

Es claro que él o la profesional debe saber antes de iniciar una evaluación, cuál será su rol y con base a ello, realizar el debido encuadre, indicando en primera instancia el tipo de confidencialidad que guardará respecto al caso (total en caso de ser un caso de tratamiento psicoterapéutico, o parcial en caso de requerirse la información para una toma

de decisión judicial). Ello debe quedar establecido en la hoja de evolución del paciente como parte de la anotación inicial en el expediente de salud de la persona.

Paso previo al abordaje de la persona, se debe realizar una indagación exhaustiva del historial clínico del sujeto en sus expedientes previos de salud, y de ser posible en toda la información colateral con que se cuente del caso. En la dinámica que se presenta en el HNP y el CAPEMCO, las indicaciones de otras disciplinas como medicina general, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería son de suma importancia. Además, si bien pueden existir ciertas limitaciones para acceder a otro tipo de expedientes como los judiciales o del Ministerio de Justicia, este tipo de informaciones son importantes y se debe tratar de realizar un esfuerzo en obtenerlas.

La exhaustividad y rigurosidad en la recolección de información mediante entrevistas y metodologías estructuradas es otro factor deseable. Ello de la mano con una adecuada escogencia de pruebas psicológicas que brinden la información que se pretende para dar integridad al resultado final mediante el informe. Se han descrito en el presente trabajo una amplia gama de pruebas que van desde las que valoran personalidad, hasta aquellas que se centran con especial ahincó en dinámicas de simulación de síntomas psicóticos. Es vital que él o la profesional basen sus posteriores conclusiones en los resultados de diversas pruebas, y que se inicie con las pruebas cortas que puedan brindar insumos iniciales para ampliar de ser necesario con las pruebas más extensas y estructuradas que generen resultados cada vez más exactos de las dinámicas en estudio.

Así, iniciar con pruebas que recolectan indicios preliminares de simulación como el M-FAST, puede generar elementos importantes para ir dando paso a profundizar con otras de mayor cantidad de criterios como lo pueden ser el SIMS, o finalmente el SIRS como una prueba de mayor profundización. Esta jerarquización y discriminación de criterios son elementos que deben ser tomados en cuenta por el evaluador o evaluadora para aproximarse a una mejor toma de decisiones. Otras pruebas que se pueden tener en cuenta pero que son en la actualidad de menor uso e incluso disponibilidad en el medio costarricense son el M-Test, la Malingering Scale o la Escala de Detección de la Simulación (MDS), instrumentos referidos por la literatura científica como herramientas para la detección de simulación de esquizofrenia.

Esto complementado con las pruebas de personalidad, en las cuales se recomienda en primera instancia aquellas en que la literatura científica ha generado mayor volumen de investigación y que presentan escalas que hayan demostrado relación con aspectos de simulación (pruebas como el MMPI II o el PAI por ejemplo). Otras pruebas como el MCMI III y el PCL-R son igualmente valiosas pero quien evalúe debe tener en cuenta si desea estudiar ciertas dinámicas específicas de simulación, para cuyas pruebas indiquen elementos de importancia.

Asimismo se brindan en el presente trabajo, en el apartado 5.4 denominado “Otras pruebas utilizadas para simulación”, un recorrido breve de algunas herramientas que se utilizan para diversos tipos de simulación, que van desde problemas de memoria (TOMM) hasta otro tipo de problemas neurológicos (Bender, prueba visual de Benton, Haslter Reitan, PICA o Reconocimiento de Dígitos entre otras). Todas ellas a tener en cuenta para quienes deseen explorar otro tipo de simulaciones y así coadyuvar en la toma de decisiones.

En lo referente al tema del informe, un primer y esencial aspecto a tener en cuenta es tener claro que la simulación no es una patología, sino que más bien se extiende en un “continuo” que puede ir de aspectos básicos como una leve exageración de síntomas, hasta elaboraciones más complejas y total fabricación de los mismos, teniendo en cuenta que varios autores proponen que lo más usual es la exageración de síntomas en lugar de la pura invención de síntomas (Nies y Sweet, 1994).

En el caso de la simulación de síntomas, se debe tener presente también que ciertos elementos son esenciales en cuanto a su comprobación para ayudar a demostrar la simulación, como lo son la presencia de síntomas falsos o exagerados, el que los mismos sean intencionalmente producidos y que ellos sean motivados por incentivos externos (Tombaugh, 2011). El evaluador o evaluadora debe tener en cuenta además que a pesar de las herramientas que emplee para tales efectos, en la mayoría de los casos es difícil demostrar contundentemente el que síntomas simulados sean una conducta intencional motivada solo y únicamente por metas externas. En caso de que esta duda exista, la misma debe ser explicitada en el informe.

En lo referente al marco legal y de los elementos mínimos necesarios que se necesita para la elaboración del informe, pero se sugiere consultar el apartado 5.1.5, denominado “Detección Multimodal de la Simulación” para que así se puedan apreciar diferentes elementos para la toma de decisiones. Si bien en el paradigma clínico se estipula que el informe describe al paciente, y no a las pruebas, estos aspectos pueden considerarse aún temas en construcción, sobre todo en lo que respecta a describir, según la circunstancia y requerimientos, elementos específicos como la simulación de síntomas psicóticos.

Se retomara nuevamente a Tombaugh (2011) para indicar el porqué se deben extremar cuidados a la hora de emitir una opinión sobre posibilidad de simulación en un informe psicodiagnóstico:

- Un diagnóstico de simulación es uno de los juicios clínicos más peyorativos y un diagnóstico falso puede generar consecuencias negativas sustanciales que afecten la vida del usuario.
- La confirmación de este tipo de diagnóstico es muy difícil de establecer con absoluta certeza, a menos que la persona lo admita o sea sorprendida simulando los síntomas.
- La simulación no es un fenómeno todo o nada.
- La existencia de simulación no excluye una posibilidad simultánea de coexistencia con síntomas genuinos.
- Simular en una situación no determina que la persona lo vaya a hacer siempre, ya que puede ser un hecho circunstancial. Por ello no puede considerarse un rasgo de personalidad.

En cuanto al reporte de resultados, es importante tratar de informar sobre la intencionalidad, el tipo y grado de distorsión que se presenta. También el citado autor señala que los informes deben poseer un corte más factual que acusatorio y se propone incluso que en muchas ocasiones es más deseable expresar:

- Si existe inconsistencia de resultados que permitan dar un diagnóstico.
- El que los resultados obtenidos no sean consistentes con un diagnóstico conocido.
- El que los resultados no son consistentes con las quejas actuales.

Lo anterior se puede generar en caso de poseer dudas, y se tiene como claro el que es mejor indicarlo, que señalar que la persona “esta simulando”, debido a las lógicas repercusiones que ello puede provocar a la persona.

Asimismo, un aspecto que es importante a tener en cuenta al brindar información sobre este tema, es que desde un contexto clínico de evaluación (como el del HNP y el CAPEMCO) resultarían más útiles y con mayor posibilidad de impacto terapéutico, el generar datos sobre la motivación que da lugar a la simulación. Ello no solo para dilucidar si el motivo versa sobre obtener ganancias económicas o evitar problemas legales, sino también para conocer qué aspectos de la dinámica de la persona podría trabajarse a nivel terapéutico.

### ***6.3. Recomendaciones.***

Mantener la preocupación por la actualización constante en lo referente a adquisición y empleo de pruebas psicológicas confiables, válidas y actuales, para la valoración de la personalidad, y de diversos tipos de simulación, entre ellas la de síntomas psicóticos.

Generar espacios de capacitación con el personal de psicología, para que así se conozcan los derechos, deberes y responsabilidades que le atañen en los ámbitos éticos, legales y administrativos, cuando reciben la solicitud de entidades judiciales para la valoración de casos con fines legales.

Luchar a nivel institucional por el establecimiento de condiciones legales claras para la investigación con población clínica, y así poder generar insumos en el estudio de temas como la simulación de síntomas psicóticos en la población costarricense.

Promover la investigación a nivel del postgrado de psicología clínica, para que se puedan generar modelos y protocolos de atención de este tipo de casos, en los cuales sean tomados en cuenta las particularidades de la población, las circunstancias institucionales y los cada vez más exigentes estándares de calidad y rigurosidad que requieren la evaluación de síntomas psicóticos.

Instar no solo a quienes cursan la especialidad en psicología clínica, sino también a los y las profesionales que se desempeñan en dicho campo, a ir generando modelos y evaluaciones cada vez más exhaustivos, con el fin de poder compartir sus resultados y experiencia mediante la generación de material que se convierta en el acervo bibliográfico necesario para poder tener insumos cada vez más adecuados a la realidad costarricense.

## BIBLIOGRAFIA.

Aldea, M (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 411-436.

Altshuler, L., Cummings, J., & Mills, M. (1986). Mutism: Review, differential diagnosis and report of 22 cases. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1409–1414.

Aluja, A (1996). Áreas de evaluación en el peritaje judicial psicológico en derecho penal: aportaciones de interés. *Psiquis*. 17(3), 146-164.

Aluja, A (1994). Medida del trastorno antisocial de la personalidad del DSM II mediante la escala de desviación psicopática del MMPI. *Psiquis*. 15, (5), 41-51.

Aguilar, M. Morales, A (2003). La valoración Judicial de la prueba pericial psicológica en los delitos sexuales. Tesis (licenciatura en derecho). Universidad de Costa Rica. Sede Rodrigo Facio. Facultad de Derecho San José, C.R.

Aiken, L (2003). Test psicológicos y evaluación. Undécima Edición. México: Pearson Education.

Ambrosini, P (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizofhrenia for school age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, (1), 49-58.

Anastasi, A. Urbina, S (1998). Test Psicológicos. Sétima Edición. México: Prentice Hall.

Arce, R (2006). Evaluación Forense de la Enfermedad Mental en la Incapacidad Temporal: Simulación y Realidad. España: Universidad de Santiago de Compostela.

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 Psicólogo*. 26, 59-77.

Arce, R. y Fariña, F. (2007a). Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicológico-forense de la imputabilidad. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa. (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención* (pp. 59-65) Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de València.

Arce, B, Gutiérrez, C (2003). Psicopatía en violadores, y su forma de operar en el delito: descripción acerca de los niveles de psicopatía en los distintos tipos de violadores de mujeres y su relación en la forma de como cometen el delito. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Arce, R. Seijó, A. Novo, M (2009). Validez del Testimonio: Un Estudio Comparativo de los Criterios Legales y Empíricos. *Anuario de Psicología Jurídica*. 19, 5-13.

Arbisi, P.; Ben-Porath, Y. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: the infrequency-psychopathology Scale, F(p). *Psychological Assessment*; 7, (4), 424-431.

Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *Lancet*, 1,339-341.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Elsevier Masson. Barcelona.

Avila, A. & Jiménez, F. (1998). *Adaptación española del Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA Ediciones.

Baron, L (2008). El juego de imitación de Turing y el pensamiento humano. *Avances en Psicología Latinoamericana*; 26, (2), 180-194.

Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T. y Kalemka, V. (1994). Malingered and defensive responses styles on the MMPI-2: An examination of validity scales. *Assessment*, 1, 31-38.

Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. A., Cameron, S. L., Rector, N. A., Schuller, D. R. y Seeman, M. V. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 650-664.

Barkemeyer, C. A., & Callon, E. B. (1989). *Malingering Detection Scale*. Baton Rouge, LA: North Street Publishing.

Beaber, R. Marson, A. Michelli, J. Millis, M (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1478-1481.

Beck, J., & Harris, M. (1994). Visual hallucinations in non-delusional elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 531-536.

Bender, S.D. y Rogers, R. (2004). Detection of neurocognitive feigning: development of a multi-strategy assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 49-60.

Bembibre, J. Higuera, L (2010). A vueltas con el error de Otelo: aplicación del modelo de control de fuentes a la credibilidad del testimonio y su afectación por la carga emocional. *Psicothema*. 22, (1). 125-130.

Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.

Boccaccini, M. T., Murrie, D. C., & Duncan, S. A. (2006). Screening for malingering in a criminal-forensic sample with the Personality Assessment Inventory. *Psychological Assessment*, 18(4), 415–423.

Buela-Casal, G. Caballo, V. Sierra, J (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. México; Siglo XXI Editores.

Blackburn, R (1998). Psychopathy and personality disorder: implication of interpersonal theory. U.S.A: En *Psychopathy: Theory, research, and implications to society*. Kluwer Academic Publishers. Boston.

Boccaccini, M. Murrie, D. Duncan, S (2006). Screening for Malingering in a Criminal-Forensic Sample With the Personality Assessment Inventory. *Psychological Assessment*, 18 (4), 415–423.

Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793–812.

Brown, S, Fort, A (1995). Psychopathy and sexual assault: Static Risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. U.S.A: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65, (5), 848-857.

Bunnting, B. G., Wessels, W. H., Lasich, A. J., & Pillay, B. (1996). The distinction of malingering and mental illness in black forensic cases. *Medicine and Law*, 15, 241–247.

Caja Costarricense de Seguro Social (1999). *Reglamento del Expediente de Salud de la Caja*. Modificado por la Junta Directiva de la Caja mediante artículo 3° de la sesión N° 8369, del 6 de agosto del 2009.

Caja Costarricense de Seguro Social (2010). *Plan estratégico e Institucional 2010-2015*. Junta Directiva en la Caja Costarricense de Seguro Social, artículo 3°, sesión N° 8468, celebrada el 22 de setiembre del 2010.

Capilla, P, González, H, Santamaría, P. (2009). Tasas de prevalencia de simulación: un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos. Comunicación presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Barcelona, 26-28 de Noviembre de 2009.

Carrasco, J. Maza, J. (2003). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid; La Ley.

Carrera, S (2005). *Estudio de Confiabilidad y Validez de la Prueba M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms*. Tesis. San José; UCR/CCSS.

Casullo, M (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Argentina; Paidós.

Casullo, M. Castro, A. Braude, M. Koldovsky, N (2000). Diagnóstico psicopatológico de adultos. Aportaciones del Inventario Clínico Multiaxial MCMI III. *Acta psiquiat psicol Am lat.* 46, (2), 135-143.

Cedeño, P. Oviedo, M (2004). Análisis crítico de la problemática del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a los pacientes que tienen impuesta una medida de seguridad curativo o cautelar de internamiento. Tesis (licenciatura en derecho). Universidad de Costa Rica. Sede Rodrigo Facio. Facultad de Derecho San José, C.R.

Ching, R (2002). *Psicología Forense. Principios fundamentales.* Costa Rica: EUNED.

Clegg, C Fremouw, W Mogge, N (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology.* 20, (2), 239–254.

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2010). *Código de Ética y Deontológico.* San José, Costa Rica.

Código Penal Costa Rica (26va edición) (2011). San José, Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas.

Código Procesal Penal Costa Rica (15va edición) (2011). San José, Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas.

Cohen, M. A., Alfonso, C. A., & Haque, M. M. (1994). Lilliputian hallucinations and medical illness. *General Hospital Psychiatry,* 16, 141–143.

Cooke, D, Forth, A, Hare, R (1998). *Psychopathy: Theory, research, and implications to society.* Boston. Kluwer Academics Publishers.

Cornelius, J., Mezzich, J., Fabrega, H., Cornelius, M., Myer, J., & Ulrich, R. (1991). Characterizing organic hallucinosis. *Comprehensive Psychiatry,* 32, 338–344.

Coronel, C (1989). *La simulación de los actos jurídicos.* Bogotá: Nomos.

Cullari, S (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica.* México: Pearson Education.

Cummings, J. L., & Miller, B. L. (1987). Visual hallucinations: Clinical occurrence and use in differential diagnosis. *Western Journal of Medicine,* 146, 46–51.

Cunnien, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press.

Denney, R. Wynkoop, T. (2000). Clinical neuropsychology in the criminal forensic setting. *Forensic Neuropsychology. Journal of Head Trauma Rehabilitation,* 15, 804-828.

DePaulo, B. Charlton, K. Cooper, H. Lindsay, J. Muhlenbruck, L (1997). The accuracy-confidence correlation in the detection of deception. *Personality and Social Psychology Review*, 1, 346-357.

Drew, P (2003). Precision and exaggeration in interaction. *American Sociological Review*, 68, (6), 917-938.

Edens, J.F., Otto, R.K. y Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387-396.

Edelstein, R. Luten, T. Ekman, P. Goodman, G. (2006). Detecting lies in children and adults. *Law and Human Behavior*, 30, (1), 1-10.

Ekman, P (1991). *Telling lies. Clues to deceit in the marketplace, politics and marriage* (2 ed). New York: Norton.

Etherton, J.L., Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Ciota, M.A. (2005). Test of Memory Malingering performance is unaffected by laboratory-induced pain: implications for clinical use. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 375-384.

Faust, D (1995). Identificación del engaño. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica*. 2, (1), 249-259.

Folks, D (1995). Síndrome de Munchausen y otros trastornos facticios. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica*. 2, (1), 261-274.

First, M. Frances, A. Pincus, H (2006). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico Diferencial*. Barcelona. Elsevier Masson.

García-Domingo, G. Negro-López, L. Fernández-Guinea, S (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Rev Neurol*. 38, (8), 766-774.

Garrido, E. Masip, J, Herrero, C (2006). *Psicología Jurídica*. España: Pearson Education.

Gassen, M. Pietz, C. Spray, B. Denney, R. (2007). Accuracy of Megargee's criminal offender infrequency (FC) scale in detecting malingering among forensic examinees. *Criminal Justice and Behavior*, 34(4), 493-504.

Geiselman, R; Fisher, R; Firstenberg, I; Hutton, L; Sullivan, S; Avetissian, I; Prosa, A (1984). Enhancement of eyewitness memory: An empirical evaluation of the cognitive interview. *Journal of Police Science and Administration*, 12, 74-80.

Geiselman, R; Fisher, R (1994). La técnica de la entrevista cognitiva para víctimas y testigos de crímenes. En D.C Raskin, Métodos Psicológicos en la investigación y pruebas criminales (pp 169-188). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Goodwin, D. Anderson, P. Rosenthal, R. (1971). Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders: A study of 116 hallucinatory patients. Archives in General Psychiatry, 24, 76–80.

Granacher, R. Berry, D (2008). Feigned Medical Presentations. En: Clinical Assessment of Malingering and Deception. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Gregory, R (2012). Pruebas Psicológicas. Historia, principios y aplicaciones. Sexta Edición. México: Pearson Education.

Greene, R (2008). Malingering and Defensiveness on the MMPI-2. En: Clinical Assessment of Malingering and Deception. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Grubin, D. Madsen, L (2005). Lie detection and polygraph: A historical review. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 16, (2), 357 – 369.

González, H (2011). Simulación. En: FOCAD. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Duodécima Edición. Madrid.

González, J (1986). La psicología forense judicial-legal: sus orígenes, configuración, funciones, métodos y finalidad. Revista Judicial. (9),142-160 .

González, J (2005). Diccionario de psicología clínica forense: principales síndromes y trastornos. Cuadernos de derecho judicial La toma de decisiones judiciales: el impacto de los testimonios. Costa Rica.

Gonzalez H Santamaria P (2008). Inventario estructurado de simulación de síntomas - SIMS. Una medida de screening de simulación de síntomas psicopatológicos y neurológicos. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2008. Extraído de página web [www.Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com), el 27 enero 2012.

Greenfeld, D. (1987). Feigned psychosis in a 14-year-old girl. Hospital and Community Psychiatry, 38, 73–75.

Greiffenstein, M.F., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Baker, W.J. (2008). Test of Memory Malingering and Word Memory Test: a new comparison of failure concordance rates. Archives of Clinical Neuropsychology, 23, 801-807.

Gundez-Bruce, H., McMeniman, M., Robinson, D., Woerner, M., Kane, J., Schooler, N., et al. (2005). Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. American Journal of Psychiatry, 162(10), 1966–1969.

Guriel, J. y Fremouw, W. (2003). Assessing malingering posttraumatic stress disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.

Guriel, J. Fremouw, W (2006). Impact of trauma history and coaching on malingering of posttraumatic stress disorder using the PAI, TSI, and M-FAST. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, (4), 577 – 592.

Guy, L. S., & Miller, H. A. (2004). Screening for malingered psychopathology in a correctional setting: Utility of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Criminal Justice and Behavior*, 31(6), 695–716.

Guy, L. Kwartner, P. Miller, H (2006). Investigating the M-FAST: Psychometric Properties and Utility to Detect Diagnostic Specific Malingering. *Behavioral Sciences & the Law*, 24, 687–702.

Hamilton, J. Feldman, M. Cunnien, A (2008) Factitious Disorder in Medical and Psychiatric Practices. En: *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Hare, R, Hemphill, J, Templeman, J, Wong, S (1998). *Psychopathy and crime: recidivism and criminal careers*. *Psychopathy: Theory, research, and implications to society*. Boston: Kluwer Academics Publishers.

Hare, R.D. (1991). *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi- Health Systems.

Hare, R (1998). *Psychopats and their Nature: Implications for the Mental Health and Criminal Justice*. En Cooke, D.J; Forth,A.E y Hare,R.D. *Psychopathy: theory,research and implications for society*. Kluwer Academic Publishers. The Netherlands.

Hare, R (2003). *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Paidós.

Hare, R.D. (2003). *Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)* Toronto: Multi Health Systems.

Hidalgo, J (2000). *Manual de Derecho Procesal Penal Costarricense*. Costa Rica: Editec Editores.

Inda, M. Lemos, S. López, A. Alonso, J (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*. 26, 99-108.

Jackson, R. L., Rogers, R., & Sewell, K. W. (2005). Forensic applications of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Screening for feigned disorders in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, 29, 199–210.

Jiménez, F (2001). Tomo III: Evaluación psicológica forense: Ámbitos delictivos, laboral y elaboración de informes. España: Amarú Ediciones.

Jiménez, F. Sánchez, G (2003). Tomo IV: Evaluación psicológica forense: Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon. España: Amarú Ediciones.

Jimenez F Sanchez G (2002). Sensibilidad al fingimiento de la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben Porath (1995, 1998) en la adaptación española del MMPI 2. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP), 14, (2), 117-134.

Jimenes F Sánchez G (2004) La falsificación de técnicas MMPI II un estudio con el MMPI-2. Madrid: I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en Red. Colegio Oficial de Psicólogos.

Johnson, M; Raye, C (1981). Reality Monitoring. Psychological Review, 88, 67-85.

Juarez, J (2004). La credibilidad del testimonio infantil ante supuestos de abuso sexual: Indicadores Psicosociales. Tesis Doctoral. Universitat de Girona. España.

Kaplan, R. Sacuzzo, D (2006). Pruebas Psicológicas. Principios, aplicaciones y temas. Sexta Edición. Mexico: Thomson.

King, J. Sullivan, K (2009) Detering Malingering in psychopatology: The Effect of Warning Simulating Malingerers. Behavioral Sciences and the Law Behavior. 27, 35-49.

Knoll, J. Resnick, P (2006). Detección del Trastorno de Estrés Postraumático simulado. Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. 29, 629-647.

Kucharski, L. Toomey, J. Fila, K. Duncan, S (2007). Detection of malingering of Psychiatric Disorder With the Personality Assessment Inventory: An Investigation of Criminal Defendants. Journal of Personality Assessment, 88(1), 25-32.

Lemos, S (2005). Simulación, engaño y mentira. Papeles del Psicólogo. 26, 57-58.

Lezak, M (1995). Neuropsychological assessment (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Less-Haley, P (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: implications and challenges for forensic assessment. Journal of Clinical Psychology, 53, 745-755.

Leudar, I., Thomas, P., McNally, D., & Glinski, A. (1997). What voices can do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. Psychological Medicine, 27(4), 885-898.

Lewis, M. y Saarni, C. (1993). Lying and deception in everyday life. Nueva York: Guilford Press.

Lewis, J. Simcox, A. Berry, D. (2002). Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the structured inventory of malingered symptomatology. *Psychological Assessment*, 14(2), 170–176.

Lipman, F. D. (1962). Malingering in personal injury cases. *Temple Law Quarterly*. 35, 141-162.

Lopes, G. Zaldivar, F (2002). Diferencias en criterios de contenido en declaraciones verdaderas y falsas: el papel de la preparación, la parte de la historia considerada y la modalidad de presentación de los hechos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 12, 87-114.

McCusker, P. J., Moran, M. J., Serfass, L., & Peterson, K. H. (2003). Comparability of the MMPI-2 F(p) and F scales and the SIRS in clinical use with suspected malingerers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 585–596.

McDermott, B. Feldman, M. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.

Manzanero, A (2009) Análisis contenido memorias falsas autobiográficas falsas. *Anuario de Psicología Jurídica*. 19, 61-72.

Marco, J. Martí, J. Pons, R (1990). *Psiquiatría Forense*. Barcelona: Salvat Editores.

Martens, M. Donders, J. Millis, S (2001). Evaluation of invalid response sets after traumatic head injury. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-18.

Masip, J (2005). ¿Se pilla antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no verbal del engaño. *Papeles del Psicólogo*. 26, 78-91.

Masip, J; Garrido, E (2001). La evaluación psicológica de la credibilidad del testimonio. En F Jimenes (ed). *Evaluación psicológica Forense 1: Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia* (pp.141-204). Salamanca: Amarú.

Masip, J. Garrido, E. Herrero, C (2002). La detección del engaño sobre la base de sus correlatos conductuales: La presión de los juicios. *Anuario de Psicología Jurídica*. 12, 37-55.

Matalobos, B. González, H (2007) Detección de simulación en estrés postraumático y depresión. *EduPsykhé*, 6, (1), 21-47.

Mejías-Lizancos, F. Molino, J. Pachecho, G (2006). *Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Merckelbach, H Smeets, T Jelacic M (2009) Experimental simulation type of malingering scenario makes a difference. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 20, (3), 378–386.

Mena, F. Fernández, M (2007) Credibilidad de las pericias psicológicas y psiquiátricas a menores ofendidos dentro del proceso penal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 24 (2), 7-46.

Miller, H (2001). *M-Fast Miller Forensic Assessment of Symptoms Test*. USA: Psychological Assessment Resources.

Miller, H. (2004). Examining the use of the M-FAST with criminal defendants incompetent to stand trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(3), 268–280.

Miller, H. (2005). The Miller—Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Test generalizability and utility across race, literacy, and clinical opinion. *Criminal Justice and Behavior*, 32(6), 591–611.

Millon, T (1993). *Manual of millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis: NCS.

Mittenberg, W. Patton, C. Canyock, E. Condit, D (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 24, 1094-1102.

Miranda, Miranda, Mora, Retana y Rojas (2010). *Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2): revisión y estandarización para Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Mogge, N. L., & LePage, J. P. (2004). The Assessment of Depression Inventory (ADI): A new instrument used to measure depression and to detect honesty of response. *Depression and Anxiety*, 20, 107–113.

Mohino, S. Dolado, J. Arimany, J. Ortega-Monasterio, L. Cuquerella, A. Vilardell, J. Planchat, L (2004). Perfiles psicométricos fingidos en relación con estilos de personalidad en reclusos. *Actas Esp Psiquiatr*; 32(5), 264-268.

Mora, C. Purcallas, P (2005). *Homicidio y psicopatía: tipos de violencia utilizados en el homicidio por sujetos que presentan el trastorno de la personalidad psicopática*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Morel, K (2008). Development of a validity scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Evidence from simulated malingerers and actual disability claimants. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 19, (1), 52–63.

Murrie, D., & Cornell, D. (2000). The Millon adolescent clinical inventory and psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75, 110–125.

Muñoz-Céspedes, J. Paul-Lapedriza, N (2001). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol* ; 32, (8), 773-778.

Muñoz, J. Navas, E. Graña, J (2002). Evaluación de la credibilidad mediante indicadores psicofisiológicos, conductuales y verbales. *Anuario de Psicología Jurídica*, 13, 61-86.

Nichols, D (2002). *Claves para la evaluación con el MMPI-II*. Madrid: Tea Ediciones.

Nies, K. Sweet, J (1994). Neuropsychological assessment and malingering: A critical review of past and present strategies. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 501-552.

Offe, H (2000) El Dictamen sobre la credibilidad de las declaración de los testigos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11-23.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Técnicas Graficas Forma.

Othmer, E. Othmer, S (1996). *La entrevista Clínica. Tomo II. El Paciente Difícil*. Barcelona: Masson.

Pisoni, M (2006). *La psicopatía como factor de riesgo para la realización de la ofensa sexual en población juvenil masculina costarricense. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.*

Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. M. (2001). The relationship between sychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25(6), 567–581.

Pollock, P. H. (1998). Feigning auditory hallucinations by offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 305–327.

Porcel, M. González, R (2005). El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles del Psicólogo*. 26, 109-114.

Porter, S, Fairweather, D, Drugge, J, Herve, H (2000). *Profiles of psychopaty in incarcerated sexual offenders. U.S.A: En Criminal Justice and Behavior*. Thousand Oaks.

Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Barcelona: Labor.

Puerta, I. Betancour, J. Herrera, J (2009). La Simulación de disfunción neurocognitiva en el campo de la neuropsicología forense. *Aproximaciones teóricas. Psicología desde el Caribe*. 23, 1-20.

Raine, M (2009) *Helping Advocates to Understand the Psychological Diagnosis and Assessment of Malingering*. *Psychiatry, Psychology and Law*. 16, (2), 322–328.

Resnick, P. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 2(1), 20–38.

Resnick, P (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 130-152). New York: Guilford Press.

Resnick, P, Knoll, J (2008). *Psicosis Malingered*. En *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Ribé, J. Martí, J. Pons, R. (1990). *Psiquiatría Forense*. Barcelona; Salvat Editores.

Ruiz, M (2007). Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas en un caso práctico de mobbing. *Anuario de Psicología Jurídica*. 17. 165-178.

Rogers, R (1984). Toward an empirical model of malingering. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-112.

Rogers, R. (1988). Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (1ª ed., pp. 250-268). Nueva York: Guilford Press.

Rogers, R (2008). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Rogers, R. Bagby, R. Gillis, J (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. Bagby, M. Dickens, S (1992). *SIRS Structured Interview or Reported Symptoms*. USA; Psychological Assessment Resources.

Rogers, R., & Cruise, K. (2000). Malingering and deception among psychopaths. In C. B. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide* (pp. 269-284). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Rogers, R., Harrell, E. H., & Liff, C. D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255-274.

Rogers, R. Salekin, R, Sewell, K., Goldstein, A, Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367.

Rosenberg, D. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglected*, 11, 547-563.

Roman, S (1999). Caracterización de los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico sujetos a medidas de seguridad curativas de internamiento. *Investigación para optar al*

grado de Especialista en Psicología Clínica. Universidad de Costa Rica. Sistemas de Estudios de Postgrado. Costa Rica.

Saborío, C (2002a). El concepto de psicopatía y su relación con el comportamiento delictivo: Su aplicabilidad en la psicología forense. Manuscrito no publicado.

Saborío, C. (2002b). Psicopatía y violencia sexual en una muestra de 60 violadores costarricenses. Tesis para optar por el grado de Maestría en Psicología Forense. (No publicada) City University of New York: John College of Criminal Justice.

Saborío, C. (2005). Estrategias de Evaluación Psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22 (1), 41-63.

Saborío, C. Víquez, E (2006). Mitos en torno a la evaluación psicológica forense en casos de agresión sexual contra menores de edad: La necesidad de un cambio de paradigma. *Medicina Legal de Costa Rica*, 23 (2), 51-85.

Sadock, B. Sadock, V (2003). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sáiz, D; Anfruns , C (2000). EL papel de la contextualización con facilitador del posterior recuerdo en la rueda de reconocimiento. Citado por Soria y Sáiz (2005), material sin publicar.

Samuel, R, Mittenberg, W. (2006). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12. Obtenido el 7 de Enero de 2008, de <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=122>

Samuel, S. DeGirolano, J. Michals, T. O'Brien, J. (1994). Preliminary findings on MMPI "Cannot Say" responses with personal injury litigants. *American Journal of Forensic Psychology*, 12(4), 5-18.

Schoenberg, M Dorr, D Morgan, D (2006) Dissimulation in MCMI III. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17 (3), 405 – 416.

Schretlen, D. (1986). Malingering: Use of a psychological test battery to detect two kinds of simulation. Ann Arbor, MI: University Microfilms International.

Selbon, M. Toomey , J. Wygant , D. Kucharski, L (2010). Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) Validity Scales in Detecting Malingering in a Criminal Forensic Setting: A Known-Groups Design. *Psychological Assessment*, 22, (1), 22–31.

Sendín, M (2007). Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo. Tercera Edición. Madrid; Editorial Psimática.

Slick, D. J., Sherman, E. M. & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.

Soria, M. Sáiz, D (2005). *Psicología Criminal*. España: Pearson Education.

Smith, G (2008). *Brief Screening Measures for the Detection of Feigned Psychopathology*. En: *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Tapias, A (2004). Aproximaciones técnico tecnológicas para la evaluación de psicopatología en el medio forense. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 50-56.

Tombaugh, T (2011). *TOMM Test de Simulación de problemas de memoria*. Madrid: TEA.

Trull, T. Phares, E (2006). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta Edición. México; Thompson.

Ustad, K. L. (1996). *Assessment of malingering on the SADS in a jail referral sample*. Tesis doctoral no publicada, Universidad del Norte de Texas, Denton.

Utitz, E. (1950). *Caracterología*. *Monográficas Psicológicas*, 4(44), (número completo).

Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona: Labor.

Vinet, E (2010). *Psicopatía infanto-juvenil, conceptualización evaluación e intervención*. *Terapia Psicológica*. 28, (1), 109-118.

Vitacco, M. J., & Rogers, R. (2005). *Assessment of malingering in correctional settings*. In C. Scott & J. Gerbasi (Eds.), *Handbook of correctional mental health* (pp. 133-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., & Munizza, J. (2007). *An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison*. *Law and Human Behavior*, 31, 249-260.

Yocom, J (2007). *An Assessment of the Validity of Polygraph Examinations for the Psychophysiological Detection of Deception: A Judicial Opinion and Research Study Review*. *J Police Crim Psych*, 22, 113-119.

Walters, G. Berry, D. Duncan, C. Payne, J. Rogers, R. Miller, H. Mackuster, P. Granacher, R (2008). *Malingering as a Categorical or Dimensional Construct: The Latent Structure of Feigned Psychopathology as Measured by the SIRS and MMPI-2*. *Psychological Assessment*. 20, (3), 238-247.

Weiss, P Bell, K Weiss W (2010). *Use of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in Detecting Criminal Malingering*. *J Police Crim Psych*. 25, 49-55.

Widows, M. Smith, G (2009). SIMS Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones.

Wicker, A. W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.

Woodworth, M, Porter, S (2002). In *Cold Blood: Characteristics of Criminal Homicides as a Function of Psychopathy*. Dalhousie University Journal of Abnormal Psychology. American Psychological Association. 111, (3), 436-445.

Woodworth, M (2001). Motivacion and violence characteristic of homicide perpetracion as a functional psychopaty. Canadá: Tesis para Doctorado de la Universidad de Dalhousie.

Zazzali, J (2006). *La pericia psiquiátrica*. Argentina: La Rocca.

Zazzali, J (2007). *Manual de psicopatología forense*. Argentina : La Rocca.

Zuckerman, M; DePaulo, B; Rosenthal, R (1981). Verbal and non verbal communication of deception. *Advances in experimental Social Psychology*, 14, 1-59.

Zúñiga, D; Vinet, E; León, E (2011). Caracterización Psicométrica del Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 29 (001), 25-31.

# ANEXOS

# **ANEXO 1:**

## **Test M-Fast.**

**El uso discrecional y responsable de este material se recomienda solo para profesionales en psicología, con manejo teórico de los elementos en que se fundamenta la prueba. Se consigna únicamente con fines académicos.**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO. SERVICIO PSICOLOGIA CLINICA

### M FAST \*

#### Información Demográfica

Nombre----- Expediente-----

Sexo M----- F----- Edad ----- Nivel educativo ----- Teléfono-----

Ocupación----- Domicilio: -----

Estado civil-----

Entrevistador -----

Fecha de Evaluación -----

#### Lugar de aplicación de la prueba:

-----Paciente hospitalizado -----Paciente de consulta ambulatoria

-----Forense -----Centro Penitenciario -----Otro

#### Tiempo de administración de la prueba

Tiempo de inicio----- Tiempo final -----Total de tiempo-----

#### M FAST PUNTAJES ESCALA

Escala	Puntaje
Reportado vs Observado RO (3 items)	
Sintomatología Extrema ES (7 items)	
Combinaciones Extrañas RC (7 items)	
Alucinaciones Inusuales UH ( 5 items)	
Síntomas Inusuales USC (1 ítem)	
Imagen Negativa NI (1 ítem)	
Sugestibilidad S (1 ítem)	
Puntaje Total	

Traducción por Psicóloga Licda Silvia Carrera Castro, Residente 2 año de Programa de Posgrado Psicología Clínica. (Cendeiss-UCR). Diciembre 2004. \*Holly A. Miller, PHD. MFAST. Miller Forensic Assessment of symptoms test. PAR. Psychological Assesment Resource, Inc.2001.

Tiempo de inicio de la prueba-----

### Instrucciones

En los próximos minutos, le voy a estar haciendo algunas preguntas acerca de sus síntomas psicológicos. Estas se les hacen a diferentes personas con muy diversos problemas, algunos de estos pueden ser aplicables a usted y otros no. Voy a leerle cada pregunta con sus opciones de respuesta. Solamente conteste de la mejor forma que pueda.

### Pregunta Sugestiva 1-parte 1

Ha estado usted teniendo problemas con escuchar zumbidos en sus oídos: *sí o no*

--- Si. Muchas personas con severos problemas mentales no pueden concentrarse durante largo tiempo, como en esta entrevista, sin dejar de escuchar que sus oídos les zumben. Por favor avíseme si el zumbido se va volviendo peor durante la entrevista.

---NO. Muchas personas con severos problemas mentales no pueden concentrarse durante largo tiempo, como en esta entrevista, sin dejar de escuchar que sus oídos les zumban. Por favor avíseme si usted experimenta problemas en escuchar el zumbido en sus oídos durante esta entrevista.

### Pregunta 1-25

Puntaje DIRECTO

<p>1. Frecuentemente no puedo quedarme sentada quieto en la silla: <i>verdadero o falso?</i></p> <p>Observe si la persona es congruente o no con su conducta: Si o no .</p>	<p>RO1</p> <p>Si- 1</p> <p>No -2</p>
<p>2. Me siento deprimid@ todo el tiempo: <i>Verdadero o falso?</i></p>	<p>ES 1</p> <p>Verdadero-1</p> <p>Falso -0</p>
<p>3. A veces tengo cambios de humor: A ratos me siento muy bien y después me siento deprimida (o): <i>Sí o no?</i></p> <p>Si contesta sí: Esto solamente le pasa cuando siente que alguien lo</p>	<p>RC1</p> <p>Siempre 1</p> <p>A veces 1</p>

<p>está persiguiendo: Siempre, a veces o nunca?</p> <p><i>Nota: Si la persona contesta siempre o a veces, volver a preguntar:</i></p> <p><i>¿Lo han perseguido algunas veces?</i></p> <p><i>¿Quién lo persigue?</i></p>	<p>No, nunca 0</p>
<p>4. Hay voces que le dicen que haga cosas: <i>Sí o no</i></p> <p>Si contesta si: Usted siempre las obedece?: <i>Sí o no</i></p>	<p>UH1</p> <p>Sí -1</p> <p>No-0</p>
<p>5. Me siento extraordinariamente feliz la mayoría del tiempo : <i>Verdadero o falso</i></p>	<p>ES 2</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>6. Yo veo y escucho cosas, que solamente yo puedo percibir, que persisten por varios días. <i>Verdadero o falso</i></p>	<p>ÜH2</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>7. Cada vez que estoy sentado tengo que revisar varias veces si hay algo debajo de la silla</p> <p>Verdadero o Falso</p> <p>Observe si la persona es congruente o no con su conducta: Si o no</p>	<p>RO2</p> <p>Sí 0</p> <p>No 1</p>
<p>8. Muchas veces durante el día , escucho el sonido alto de un radio cuando en realidad no hay ninguno cerca de mí</p> <p><b>Falso o verdadero?</b></p>	<p>ES 3</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>9. Cada vez que veo personas que realmente no están ahí, ellas (os) son siempre en blanco y negro : <i>Verdadero o Falso</i></p>	<p>UH3</p> <p>Verdadero 1</p>

	<p>Falso 0</p> <p>No aplica 0</p>
<p>10 La mayoría del tiempo, cuando las personas me están hablando , veo las letras de las palabras</p> <p><b>Verdadero o falso</b></p>	<p>ES4</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>11. Cada vez que yo me siento en una silla, tengo que respirar profundo para no vomitarme? <i>Verdadero o falso</i></p> <p>Observe si la persona es congruente o no con su conducta: Si o no</p>	<p>RO3</p> <p>Si 0</p> <p>No 1</p>
<p>12. A veces tengo pesadillas tan feas en las noches que me asustan mucho ¿ Si o no</p> <p>Si contesta sí Esto le pasa solamente cuando ha perdido mucho peso : <i>Siempre, a veces o nunca</i></p>	<p>RC 2</p> <p>Siempre 1</p> <p>A veces 1</p> <p>No , nunca 0</p>
<p>13. Últimamente mi vista está tan buena que siento que tengo poderes especiales</p> <p><b>Verdadero o falso</b></p>	<p>ES5</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>14. A veces me parece que hay alguien que controla mis síntomas, apagándolos y encendiéndolos, tanto que yo no se como me voy a sentir en los próximos días.</p> <p><b>Verdadero o falso</b></p>	<p>USC 1</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>15. Cuando escucho voces, las oigo a mi lado derecho y otras veces a mi lado izquierdo, pero muy pocas veces al mismo tiempo: <i>Verdadero o</i></p>	<p>ES6</p>

<p><i>falso?</i></p>	<p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p> <p>No aplica 0</p>
<p>16. A veces estoy convencido(a) de que tengo más de una personalidad? <i>Si o no</i></p> <p>Respuesta afirmativa: Cuando le pasa esto se siente maread@ o como si la cabeza le diera vueltas: <i>Siempre, a veces o nunca?</i></p>	<p>RC3</p> <p>Siempre 1</p> <p>A veces 1</p> <p>Nunca 0</p>
<p>17. Cuando usted no puede dormir, siente frecuentemente olores extraños que realmente no están ahí: <i>Siempre, a veces, o nunca</i></p>	<p>RC4</p> <p>Siempre 1</p> <p>A veces 1</p> <p>Nunca 0</p> <p>No aplica 0</p>
<p>18. Cuando escucho voces, mis manos comienzan a sudar: <i>Falso o verdadero</i></p> <p><i>Nota : Si el entrevistador tiene duda de la respuesta de la persona, puede repreguntar ¿en qué momentos le pasa esto?, ¿cuándo fue la última vez que le paso?</i></p>	<p>RC5</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p> <p>No aplica 0</p>
<p>19. Frecuentemente, tengo la sensación extraña de que soy de otro planeta :</p> <p><b>Verdadero o Falso</b></p>	<p>ES7</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>

<p>20. En muchas ocasiones , siento un hormigueo, cuando en realidad no es nada: <i>Verdadero o Falso</i></p>	<p>UH4</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>21 A veces escucho música afuera que no viene de ninguna parte: <i>Verdadero o falso</i></p>	<p>UH 5</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>22. Cuando escucho voces, siento deseos de salir corriendo o huyendo ¿ <i>Siempre, a veces o nunca</i></p> <p><i>Nota: Si la persona contesto siempre o a veces, se puede preguntar: ¿qué voces escuchaba? ¿Cuándo fue la última vez? Se anota lo que la persona dice.</i></p>	<p>RC6</p> <p>Siempre 1</p> <p>A veces 1</p> <p>Nunca 0</p> <p>No responde 0</p>
<p>23. La mayor parte del tiempo siento como si yo no le importará a nadie : <i>Verdadero o Falso</i></p>	<p>NI 1</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>24. Me siento con frecuencia tan mal que no puede recordar ni mi nombre completo <i>Verdadero o Falso</i></p>	<p>RC7</p> <p>Verdadero 1</p> <p>Falso 0</p>
<p>25. <i>Si contesto si a la pregunta sugestiva de la parte 1 , (la persona dice que ha estado escuchando zumbidos desde el inicio de la entrevista) haga la siguiente pregunta:</i></p> <p>El zumbido de sus oídos se ha vuelto peor? Sí o no</p>	<p>S1</p> <p>Sí 1</p> <p>No 0</p>

<p><i>Si contesto no a la pregunta sugestiva de la parte 1 ( la persona dice que no ha escuchado ningún zumbido), haga la siguiente pregunta :</i></p> <p>Usted ha experimentado problemas con el zumbido en sus oídos ¿Si o no?</p>	
<p>Fin de la prueba</p> <p>Tiempo final:.....</p>	<p>Total de puntaje directo</p>

Instrucciones para la calificación:

1. Sume todos los puntajes directos de las preguntas de 1-25 y colóquelos en la casilla del puntaje final (al final de la prueba).
2. Sume todos los puntajes de la misma subescala, colóquelos en el cuadro inicial y anótelos en la casilla del puntaje total.
3. Sume todos los puntajes de cada subescala .
4. Compare los resultados del puntaje total que aparecen en la página 1 con el puntaje que aparece en la última pagina para verificar su consistencia. .
5. Pase los tiempos de inicio y final de la prueba a la primera pagina. Calcule el tiempo total de la prueba y póngalo en el lugar previsto en la página 1.

# **ANEXO 2:**

## **Preguntas del Test SIMS que valoran simulación de síntomas psicóticos.**

## ANEXO 2

### **Preguntas de la prueba SIMS que valoran simulación de síntomas psicóticos:**

- Me he dado cuenta que mi sombra baila como loca incluso cuando me quedo quieto.
- Me he dado cuenta que mi cuerpo cambia de forma incluso si mi peso no varía.
- No hay nada que pueda hacer, aparte de tomar medicación, que tenga algún efecto sobre las voces que oigo.
- Creo que el gobierno ha instalado cámaras de video en las señales de tráfico para espíarme.
- La gente introduce pensamientos en mi cabeza en contra de mi voluntad.
- Creo que si uno se concentra mucho, puede llegar a ver los pensamientos de los demás.
- La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, nunca han cesado desde que empezaron.
- Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel.
- Las flores tienen poderes mágicos, como hablarle a las personas.
- La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, provienen de fuera de mi cabeza.
- Tengo tanto miedo a que alguien me haga daño que sé exactamente cómo y cuando lo haría.
- En mis visiones suelo ver partes de mi cuerpo cubiertas de sangre.
- Cuando oigo voces que parecen provenir de ningún sitio en especial, quiero echar a correr pero me doy cuenta de que no puedo hacerlo sin gran dificultad.
- Cuando oigo voces siento como si salieran de mi cuerpo a través de mis dientes.

# **ANEXO 3:**

## **Cuestionario SIRS.**

**El uso discrecional y responsable de este material se recomienda solo para profesionales en psicología, con manejo teórico de los elementos en que se fundamenta la prueba. Se consigna únicamente con fines académicos.**

# SIRS

**Structured Interview of Reported Symptoms**

## Interview Booklet

Richard Rogers, Ph.D.

Client Name \_\_\_\_\_ Interview Date \_\_\_\_\_

Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Education \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Interviewer \_\_\_\_\_ Interview Setting \_\_\_\_\_

### SIRS Profile

#### Primary Scales

	RS	SC	IA	BL	SU	SEL	SEV	RO
<b>Def.</b>	9+	12+	7+	24+	26+	32+	17+	12+
	8			23	25	31	16	
		11		22	24	30		11
				21	23	29	15	
	7	10		20	23	28		10
				19	22	27	14	
				18	21	26		
<b>Prob.</b>		9	6	17	20	24	13	9
				16	20	24		
	6			15	19	23	12	
		8		14	18	22		8
				13	18	21	11	
		7		12	17	20		
	5			11	16	18	10	7
					15	17	9	
		6		10	14	16		6
				9	13	15	8	
<b>Ind.</b>	4		5	8	12	13	7	
		5		7	11	12		5
				6	10	11	6	
	3		4	5	9	10	5	
		4		4	8	9		4
				3	7	8	4	
		3	3	5	7	7	3	3
	2			4	6	6		
		2	2	3	5	5	2	2
<b>Hon.</b>	1			3	4	4		
		1	1	2	3	3	2	1
				1	2	2	1	
	0			1	1	1		0
		0	0	0	0	0	0	0

Legend on inside cover

### Scale Scores

#### Primary Scales

- RS (Sum items marked with a ●) = \_\_\_\_\_
- SC (Sum items marked with a ●) = \_\_\_\_\_
- IA (Sum items marked with a ■) = \_\_\_\_\_
- BL (Sum BL<sub>1</sub> from p. 3 and BL<sub>2</sub> from p. 9) = \_\_\_\_\_
- SU (Sum SU<sub>1</sub> from p. 3 and SU<sub>2</sub> from p. 9) = \_\_\_\_\_
- SEL (Sum SEL<sub>1</sub> from p. 3 and SEL<sub>2</sub> from p. 9) = \_\_\_\_\_
- SEV (Sum SEV<sub>1</sub> from p. 3 and SEV<sub>2</sub> from p. 9) = \_\_\_\_\_
- RO (Sum items marked with a ■) = \_\_\_\_\_
- # of Primary Scales in definite range \_\_\_\_\_
- # of Primary Scales in probable range \_\_\_\_\_

#### Supplementary Scales

- DA (Sum items marked with a ◆) = \_\_\_\_\_
- DS (Sum items marked with a ◆) = \_\_\_\_\_
- OS (Sum items marked with a ▲) = \_\_\_\_\_
- SO (Sum items marked with a ▲) = \_\_\_\_\_
- INC (Sum INC<sub>1</sub> from p. 3 and INC<sub>2</sub> from p. 9) = \_\_\_\_\_

**PAR Psychological Assessment Resources, Inc.**  
P.O. Box 998/Odessa, Florida 33556/Toll-Free 1-800-331-TEST

Copyright © 1986, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of Psychological Assessment Resources, Inc.

This form is printed on recycled paper. Any other version is unauthorized.

9 8 7 6 5

Reorder #RO-2214

Printed in the U.S.A.



Referral Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Directions for Scoring

The interviewer should record item responses directly on this booklet using the scoring key provided. The scoring worksheets on pages 3 and 9 should be used in the calculation of scores for BL, SU, SEL, SEV, and INC scales. Follow the instructions in the Scale Scores section on the front page of this booklet to calculate and record primary and supplementary scale scores. Use the SIRS Profile on the front page of this booklet to plot primary scale scores. Complete instructions for deriving Inconsistency Scores are provided in the SIRS Professional Manual. Paired item responses (e.g., #1, #71) that are inconsistent across administrations (i.e., endorsed as a 1 or 2 on one administration but given an X or 0 on the other administration) receive an inconsistency score of 1. Paired item responses that are consistent across administrations (i.e., endorsed on both administrations or not endorsed on both administrations) receive an Inconsistency Score of 0.

### Instructions

The portions of this booklet printed in blue type are instructions to the client and **should be read to the client verbatim**. In addition, all SIRS items should be read to the client verbatim. The sections printed in burgundy type are instructions for the interviewer and should **not** be read to the client.

#### Legend for SIRS Profile

- Hon. = Honest
- Ind. = Indeterminate
- Prob. = Probable Feigning
- Def. = Definite Feigning

Please note that a range of categories is typical; consult professional manual for interpretation.



Enter Time Started \_\_\_\_\_

**Instructions:** You will be asked about many specific psychological problems. These are standard questions about emotional difficulties that may or may not apply to you.

Detailed/Repeated Inquiries I

	DETAILED INQUIRIES I				REPEATED INQUIRIES I				Inconsistency Score	
	X	No	Yes	Unbearable	X	No	Yes	Unbearable		
Do you have any major problems with:										
1. ...people reading your mind?	X	0	1	2	71.	X	0	1	2	_____
2. ...getting motivated?	X	0	1	2	72.	X	0	1	2	_____
3. ...having thoughts about suicide?	X	0	1	2	73.	X	0	1	2	_____
4. ...expressing strong feelings?	X	0	1	2	74.	X	0	1	2	_____
The problem you mentioned with...is it unbearable?										
Do you have any major difficulties with:										
5. ...feelings of self-doubt?	X	0	1	2	75.	X	0	1	2	_____
6. ...seeing religious visions?	X	0	1	2	76.	X	0	1	2	_____
7. ...being restless?	X	0	1	2	77.	X	0	1	2	_____
8. ...having strangers talk about you behind your back?	X	0	1	2	78.	X	0	1	2	_____
The difficulty you mentioned with...is it unbearable?										
Do you have any major problems with:										
9. ...striving to be successful?	X	0	1	2	79.	X	0	1	2	_____
10. ...noticing very strange smells?	X	0	1	2	80.	X	0	1	2	_____
11. ...communicating with other planets?	X	0	1	2	81.	X	0	1	2	_____
12. ...having too much energy?	X	0	1	2	82.	X	0	1	2	_____
The problem you mentioned with...is it unbearable?										
Do you have any major difficulties with:										
13. ...making everyday decisions?	X	0	1	2	83.	X	0	1	2	_____
14. ...having your body move strangely?	X	0	1	2	84.	X	0	1	2	_____
15. ...being organized?	X	0	1	2	85.	X	0	1	2	_____
16. ...fighting evil forces?	X	0	1	2	86.	X	0	1	2	_____
The difficulty you mentioned with...is it unbearable?										
Turn to page 4 and begin General Inquiries I.					Turn to page 9 and begin Detailed Inquiries II.					

**Scoring Worksheet**

**INC<sub>1</sub> Total** (Sum Inconsistency scores in this column) \_\_\_\_\_

BL<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ (Sum scores for shaded Detailed Inquiries I)

SU<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ (Sum scores for unshaded Detailed Inquiries I)

SEL<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ (Count number of Detailed Inquiries I endorsed with a score of 1 or 2)

SEV<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ (Count number of Detailed Inquiries I endorsed with a score of 2)



GENERAL INQUIRIES I

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
17. Do you sometimes feel shy around people you don't know?	X	0	1	2	◆
18. Are your thoughts sometimes broadcasted so that large numbers of people know what you are thinking? Do they know your thoughts without being told by anyone?	X	0	1	2	●
19. Are there times when it is difficult for you to admit you are wrong?	X	0	1	2	◆
20. Does the furniture where you live seem to change its shape and color from day to day?	X	0	1	2	■
<b>Rule-out:</b> Was it because you were on drugs?	X	0	1	2	■
21. Do you sometimes worry that others might not like you?	X	0	1	2	◆
22. Have you learned to manage any of your psychological problems?	X	0	1	2	
23. Do most of your problems suddenly appear without any warning?	X	0	1	2	▲
24. Do you have exactly two nightmares every evening?	X	0	1	2	▲
25. At times when you feel hopeless, do you also feel lightheaded or faint?	X	0	1	2	●
26. Do you have any secrets that no one else knows?	X	0	1	2	

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse	
27. Are you always looking around the room so that you won't have any unpleasant surprises?	X	0	1	2	■

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
28. Do you frequently have muscle spasms while drinking water?	X	0	1	2	
29. Do people have a strange odor to them? Is that more than just body odor?	X	0	1	2	●
30. At times when you feel upset, do you have problems concentrating?	X	0	1	2	◆
31. Have you heard actual voices talking to you when there wasn't anyone there? Do these voices sing to you in a foreign language?	X	0	1	2	
32. Do all of your problems seem to take care of themselves and quickly disappear?	X	0	1	2	

No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
-----------	----	-----------------------------	--------------

- 33. Do you sometimes have strange feelings in your body?  
Do these feelings only occur on Tuesday? X 0 1 2 ▲
- 34. Do you just not care what others might think about you?  
Does this include mental health professionals? X 0 1 2 ◆
- 35. Do you have any unusual beliefs about automobiles?  
Do you believe they have their own religion? X 0 1 2 ■
- 36. When outside, do you become afraid of things which couldn't possibly  
hurt you, such as grass or flowers? X 0 1 2
- 37. Do you have a strong sense of what is morally right and wrong? X 0 1 2 ◆
- 38. At times when you have been more physically active, did you develop  
fears that others might hurt you? X 0 1 2

No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
-----------	------------	--------------	----------------

- 39. Do you lose your train of thought when answering questions? X 0 1 2 ■

No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
-----------	----	-----------------------------	--------------

- 40. Are you sometimes too critical of other people? X 0 1 2 ◆
- 41. Do you hear unnatural sounds or voices?  
Do they come from closets and nowhere else? X 0 1 2 ▲
- 42. In the middle of talking to people, do you sometimes begin to rhyme  
your words? X 0 1 2 ●
- 43. Do you often comb or brush your hair?  
Do you feel you always have to comb or brush your hair before and  
after every meal? X 0 1 2
- 44. Do you sometimes like to fool or mislead doctors? X 0 1 2 ◆
- 45. Do you sometimes feel like insulting people who have been rude to you? X 0 1 2 ◆
- 46. Do you hear voices that others don't seem to hear?  
Do these voices happen every time your appetite for food increases? X 0 1 2



47. Do you often repeat yourself, saying the same thing several times?

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2	■

48. Have you been exaggerating some of your psychological problems?

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2	◆

49. Do you often have upsetting sexual thoughts which bother you only on elevators?

X	0	1	2
---	---	---	---

50. Do you have a need to wash your hands frequently?  
Is this related to any unique or special powers that you possess?

X	0	1	2	●
---	---	---	---	---

51. Do you find it difficult to say no to a friend?

X	0	1	2	◆
---	---	---	---	---

52. Do you blink your eyes more than most people?

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2	■

53. Do you have feelings of hopelessness?  
Does this always happen to you when you see children?

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2	

54. Do you hold back telling people everything...keep some things to yourself?

X	0	1	2
---	---	---	---

55. Is the government trying to keep track of your actions?  
Are they using military aircraft to do this?

X	0	1	2
---	---	---	---

56. When you are nervous, do you sometimes laugh at things which are not funny?

X	0	1	2	◆
---	---	---	---	---



Some people with psychological problems have difficulty with concentration and memory. Please complete the following test as quickly as you can.

57. What is the opposite of:  
 (a) UNDER \_\_\_\_\_  
 (b) BRAVE \_\_\_\_\_  
 (c) TALL \_\_\_\_\_  
 (d) FAST \_\_\_\_\_  
 (e) OPEN \_\_\_\_\_

Total errors \_\_\_\_\_

58. What word rhymes with:  
 (a) CRY \_\_\_\_\_  
 (b) OLD \_\_\_\_\_  
 (c) STAR \_\_\_\_\_  
 (d) ATE \_\_\_\_\_  
 (e) BOAT \_\_\_\_\_

Total errors \_\_\_\_\_

59. Is your breathing rapid and shallow whenever you are sitting still?

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2	■

60. Do you feel elated or "too good to be true" from watching the evening news?

	No Answer	No	Qualified Yes/Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2	

61. Do you have fears of growing old?

X	0	1	2	◆
---	---	---	---	---

62. Do you sometimes feel like you are physically outside of your own body?

**Rule-out:**

Was this only because you were taking drugs or didn't get enough sleep?

X	0	1	2	●
---	---	---	---	---

63. Do you have severe headaches at the same time you have abnormal sexual thoughts?

X	0	1	2	●
---	---	---	---	---

Detailed/Repeated Inquiries II



	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
64. Do you always gesture or move your hands when you are talking?	X	0	1	2

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes
65. Do you become nervous and fidgety whenever you use the bathroom?	X	0	1	2
66. Do you have any trouble remembering peoples' names that you have just met?	X	0	1	2
67. Do you have strong religious thoughts and periods of giggling? Do these happen together?	X	0	1	2
68. Does pain ever bounce through your body going back and forth from limb to limb?	X	0	1	2
69. Does your face look strange or unfamiliar to you?	X	0	1	2
70. Do you sometimes make up psychological problems that don't really exist?	X	0	1	2

I would like to go over several earlier questions to make sure I have the correct information.

Turn to page 3 and begin Repeated Inquiries I.



	DETAILED INQUIRIES II				REPEATED INQUIRIES II				Inconsistency Score
	X	No	Yes	Unbearable	X	No	Yes	Unbearable	
Do you have any major problems with:									
87. ...concentration?	X	0	1	2	157. X	0	1	2	_____
88. ...strange or disturbing thoughts?	X	0	1	2	158. X	0	1	2	_____
89. ...waking up early in the morning?	X	0	1	2	159. X	0	1	2	_____
90. ...hearing voices which aren't really there?	X	0	1	2	160. X	0	1	2	_____
The problem you mentioned with...is it unbearable?									
Do you have any major difficulties with:									
91. ...others plotting against you?	X	0	1	2	161. X	0	1	2	_____
92. ...being irritated with others?	X	0	1	2	162. X	0	1	2	_____
93. ...losing weight?	X	0	1	2	163. X	0	1	2	_____
94. ...feeling that you can control world events?	X	0	1	2	164. X	0	1	2	_____
The difficulty you mentioned with...is it unbearable?									
Do you have any major problems with:									
95. ...being very depressed?	X	0	1	2	165. X	0	1	2	_____
96. ...having others control your movements?	X	0	1	2	166. X	0	1	2	_____
97. ...sleeping too much?	X	0	1	2	167. X	0	1	2	_____
98. ...over-reacting to difficult situations?	X	0	1	2	168. X	0	1	2	_____
The problem you mentioned with...is it unbearable?									
Do you have any major difficulties with:									
99. ...pronouncing difficult words?	X	0	1	2	169. X	0	1	2	_____
100. ...maintaining your interest in activities?	X	0	1	2	170. X	0	1	2	_____
101. ...keeping your sexual feelings under control?	X	0	1	2	171. X	0	1	2	_____
102. ...having unfriendly people following you?	X	0	1	2	172. X	0	1	2	_____
The difficulty you mentioned with...is it unbearable?									
Turn to page 10 and begin General Inquiries II.					Enter Time Finished _____				
					Total Time _____				

Detailed/Repeated Inquiries II

**Scoring Worksheet**

**INC<sub>2</sub> Total** (Sum Inconsistency scores in this column) \_\_\_\_\_

BL<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ (Sum scores for shaded Detailed Inquiries II)

SU<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ (Sum scores for unshaded Detailed Inquiries II)

SEL<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ (Count number of Detailed Inquiries II endorsed with a score of 1 or 2)

SEV<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ (Count number of Detailed Inquiries II endorsed with a score of 2)



**GENERAL INQUIRIES II**

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
103. Do you sometimes wish you were more self-confident?	X	0	1	2	◆
104. Can people put thoughts in your mind against your will? Is it that they actually put thoughts in your head without speaking to you?	X	0	1	2	●
105. Do you occasionally have trouble making important decisions?	X	0	1	2	◆
106. Do buildings appear to change in shape? Does their shape seem different to you at different times?	X	0	1	2	■
<b>Rule-out:</b> Was it only because you were on drugs?	X	0	1	2	■
107. Do you sometimes wish for world peace or an end to poverty?	X	0	1	2	
108. When you've had emotional problems, were you successful at helping yourself?	X	0	1	2	
109. Did your emotional problems come suddenly so that one day you were completely normal and the next day you were very troubled?	X	0	1	2	▲
110. Have you lost exactly 4 pounds in the last 12 months?	X	0	1	2	▲
111. At times when you have felt happy, did you lose all interest in other people?	X	0	1	2	●
112. Do you feel angry when others try to take advantage of you?	X	0	1	2	◆

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse	
113. Do you find it difficult to sit in a chair without looking under or behind it?	X	0	1	2	■

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
114. Do your teeth hurt only while eating breakfast?	X	0	1	2	▲
115. Are you bothered by strange smells wherever you go?	X	0	1	2	●
116. Do you feel nervous when speaking to a large audience?	X	0	1	2	◆
117. Can cats or dogs communicate with you in some special way? Does this involve actual words from them?	X	0	1	2	



	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
118. Have you ever woken up one morning and realized that all of your problems were gone...that you were feeling completely okay?	X	0	1	2	
119. Do people seem to criticize you more on Wednesdays than any other day?	X	0	1	2	▲
120. Does it matter to you what mental health professionals think about you?	X	0	1	2	
121. Do you believe that trees have supernatural powers?	X	0	1	2	
122. Do you become fearful of soft household objects for no real reason?	X	0	1	2	■
123. Has there ever been a period of time when you worried about the future?	X	0	1	2	◆
124. Have you ever felt that people were following you? Did you experience an increase in appetite during those times?	X	0	1	2	●

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse	
125. Do you stutter and stumble over your words when you first talk with someone?	X	0	1	2	■

	No Answer	No	Qualified Yes/ Sometimes	Definite Yes	
126. Would you be upset if a police officer caught you speeding?	X	0	1	2	
127. Do you feel more confused or upset at noon time than at other times?	X	0	1	2	
128. Do you make up your own words and expect others to understand them?	X	0	1	2	
129. Do you have to cross your arms before you can cross the street?	X	0	1	2	■
130. Do you sometimes like to keep doctors guessing about what is really going on with you?	X	0	1	2	◆
131. Do you sometimes pretend to know something so you won't look stupid?	X	0	1	2	◆
132. Have you ever heard voices coming out of nowhere? Was this at the same time you had seizures or trouble walking?	X	0	1	2	●



133. When talking to others, do you whisper for no apparent reason?

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2	■

134. Do you make your symptoms seem worse than they actually are?

	No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2	◆

135. Do you spend much time worrying about your physical health?  
Would this average between 30 and 40 minutes each day?

X	0	1	2	▲
---	---	---	---	---

136. Do you have thoughts about your own talents and abilities?  
Do these thoughts occur at times when you have an increased  
need for sleep?

X	0	1	2
---	---	---	---

137. Is it hard for you to forget mistakes you've made in the past?

X	0	1	2	◆
---	---	---	---	---

138. Do you tend to frown most of the time?

	No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2	■

139. Do you experience feelings of terror at the sound of children's voices?

	No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2	

140. Do you often tell people only half the story...leave it to them to figure  
out the rest?

X	0	1	2
---	---	---	---

141. Can common insects be used for electronic surveillance?

X	0	1	2	■
---	---	---	---	---

142. Do you have any painful memories from your childhood?

X	0	1	2	◆
---	---	---	---	---



Some people with psychological problems have difficulty with concentration and memory. Please complete the following test as quickly as you can.

143. What is the opposite of:  
 (a) HOT \_\_\_\_\_  
 (b) SAD \_\_\_\_\_  
 (c) SLENDER \_\_\_\_\_  
 (d) SLEEPY \_\_\_\_\_  
 (e) HUNGRY \_\_\_\_\_

Total errors \_\_\_\_\_

144. What word rhymes with:  
 (a) FAT \_\_\_\_\_  
 (b) BOOK \_\_\_\_\_  
 (c) CAKE \_\_\_\_\_  
 (d) SLOW \_\_\_\_\_  
 (e) MOP \_\_\_\_\_

Total errors \_\_\_\_\_

No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
-----------	------------	--------------	----------------

145. Do you tend to sigh when talking to others?

X 0 1 2 ■

No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
-----------	----	-----------------------------	--------------

146. Do you often experience feelings of energy and excitement?  
 Do these feelings occur at unusual times, like when you hear sad news?

X 0 1 2 ●

147. Do you ever have thoughts about "getting even" when someone hurts your feelings?

X 0 1 2 ◆

148. Do you sometimes feel strange and unreal for several days in a row?

X 0 1 2

149. Do you sometimes have severe physical pains?  
 Do these pains create feelings of inner happiness or peace?

X 0 1 2 ●

**Rule-out:** Was this only because of prescribed medication you were taking?

X 0 1 2 ●



150. Do you move your feet a lot when sitting in a chair?

No Answer	Consistent	Inconsistent	Suddenly Worse
X	0	1	2

151. Do you have intense feelings of depression?  
Do these only occur while watching TV?

No Answer	No	Qualified yes/ Sometimes	Definite Yes
X	0	1	2

152. Are your moods affected by the weather?

X	0	1	2
---	---	---	---

153. Do you often feel scared?  
Does this seem to happen to you when your personal hygiene is poor?

X	0	1	2
---	---	---	---

154. Do you often have physical pain?  
Do you experience this pain equally throughout your body?

X	0	1	2
---	---	---	---

155. Have there been major changes in the way your body looks to you?

**Rule-out:** Is it just because you have been getting older, or are physically ill?

X	0	1	2
---	---	---	---

156. Have you ever made up psychological problems that didn't really exist?

X	0	1	2
---	---	---	---

I would like to go over several earlier questions to make sure I have the correct information.

**Turn to page 9 and begin Repeated Inquiries II.**