



ASPECTOS EN TORNO A LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN COSTA RICA.

Cristian Mora Víquez*

ARTÍCULO ORIGINAL

RESUMEN

La evaluación de psicosis para efectos legales posee elementos particulares en la praxis psicológica costarricense. En primera instancia la especialidad en Psicología Clínica que inició su tradición académica en el país en 1957, evaluó psicosis tanto para fines clínicos como judiciales en hospitales psiquiátricos.

Posteriormente la Psicología Forense incursiona en el país en la primera década del siglo XXI, asumiendo la evaluación de la psicosis con especial interés en su posible simulación, en una labor de corte forense realizada desde el Poder Judicial. A pesar de esta re-distribución y especialización de roles, parte de las evaluaciones para ayudar a establecer inimputabilidad aún se realizan en un centro de salud como lo es el CAPEMCO^{*}, administrado por la CCSS^{**} en colaboración con el Ministerio de Justicia y Gracia.

Lo inconmensurable que no implica incompatibilidad de lo clínico y lo forense, ha generado cierta confusión no solo en los profesionales en formación, sino también en las instituciones que han abordado el tema, lo que genera que sus organigramas institucionales presenten incongruencias en las que la psicología tiene mucho que aportar y aclarar.

Para ayudar al esclarecimiento de algunos de estos elementos, se pretende describir en el presente trabajo algunos aspectos básicos del estudio de

la simulación de psicosis como: conceptualización, diagnóstico diferencial, aproximaciones para su abordaje y estrategias de detección. Se pretende reflexionar sobre la falta de insumos nacionales de investigación, como ello dificulta profundizar en el tema pero sobre todo que aspectos básicos pueden trabajarse para trascender esta limitación.

El alejamiento entre lo clínico y lo forense en temas como la investigación y la colaboración interinstitucional en la actualidad costarricense genera la necesidad de construir una agenda de trabajo que repercuta en lo institucional para el estudio de este tipo de temas, siendo necesario que los y las profesionales en psicología realicen esfuerzos para establecer puentes de comunicación que enriquezcan a las disciplinas (teórica y pragmáticamente) y permitan brindar a los jerarcas institucionales, que usualmente no pertenecen al campo de la psicología, insumos para la mejor toma de decisiones y responder así a las crecientes demandas en este tipo de temas.

Palabras Clave: Inimputabilidad, Psicosis, Simulación, Psicología Clínica, Psicología Forense.

*Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.

**Caja Costarricense de Seguro Social.

*Investigador Criminal y Especialista en Psicología Clínica (UCR-CENDEISSS), Sección de Apoyo Psicológico Operacional del Organismo de Investigación Judicial. Correspondencia cmorav@poder-judicial.go.cr



ABSTRACT

For legal purposes, assessments on psychosis have particular elements in our daily psychological praxis. At the beginning, specialty in Clinical Psychology academic tradition that started in the country around 1957, evaluated not only for clinical psychosis but also for criminal purposes in psychiatric hospitals, as well.

Afterwards, Forensic Psychology incursions into the country, in the first decade of the century, assuming the assessment of psychosis with special interest in their possible simulation in a court forensic work through the Judicial Branch. Despite this re-distribution and specialization of roles, a huge part of those assessments help to establish insanity and they are still performed in health care centers as in CAPEMCOL* which is administered by the CCSS** in collaboration with the Ministry of Justice and Grace.

The immeasurable of this, does not lead to incompatibility of clinical and forensic that has generated certain confusion, not only in professional training, but also in institutions that have addressed the issue, conducting to their organization chart some inconsistencies in which the psychology has much to contribute and clarify.

In order to clarify some of these items, we intend to describe in the present work some basic aspects of the study of the simulation of psychosis: conceptualization, differential diagnosis, approaches to address and detection strategies. At the same time, we have to reflect on the lack of

national research inputs, that makes it difficult to pursue the subject mostly basics, but that could be worked to transcend this limitation.

The gap between clinical and forensic topics like in academic research and interinstitutional collaboration, generates the need to address an agenda that enhances the study of such subjects, being necessary for our professionals in psychology making stronger efforts to build bridges of communication that enrich the (theoretically and pragmatically) disciplines and allow providing institutional hierarchy, usually outside the field of psychology, the best support for decision making and to respond to the increased demands on such topics.

Keywords: Non-imputability, Psychosis, Malingering, Clinical Psychology, Forensic Psychology.

* Care Center for People with Mental Illness in Conflict with the Law

** Costa Rican Social Security.



INTRODUCCIÓN

En Costa Rica la legislación penal establece un “Examen Mental Obligatorio” psicológico o psiquiátrico (Código Procesal Penal, artículo 87) para que, entre otros fines, se ayude a determinar imputabilidad en una persona sospechosa de un delito.

Históricamente fue la psiquiatría quien se encargaba de estas tareas exclusivamente, pero con el crecimiento de la psicología como disciplina, y con la consolidación de la psicología clínica a partir de 1957 en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Psiquiátrico, se empezó a complementar el aporte de ambas disciplinas. Incluso de este antecedente histórico desarrollado por López (2013), se puede rastrear el por qué es a los psicólogos especialistas en el área clínica a quienes se les encomienda tareas periciales en primera instancia, ya que es hasta el año 1972, que el Organismo de Investigación Judicial contrata al primer profesional en psicología para que se desempeñe en las diversas fases de los procesos judiciales (Ching, 2002). Con esa primera contratación se inicia la conformación de la actual Sección de Psiquiatría y Psicología Forense, integrada en un inicio por especialistas en psicología clínica hasta la incorporación en la década pasada de colegas formados en el ámbito forense.

En la actualidad, si bien la labor pericial fue asumida mayoritariamente por el Poder Judicial a través de esta sección así como el Departamento de Psicología y Trabajo Social, tanto en la Corte como en la C.C.S.S se realizan valoraciones a pedido judicial, sobre todo en aquellas utilizadas para ayudar a establecer inimputabilidad.

En el caso de la C.C.S.S las solicitudes no se envían únicamente al Hospital Nacional

Psiquiátrico (en adelante H.N.P), sino también al recientemente creado “Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley” (en lo consecutivo denominado “CAPEMCOL”) creado en 2011 y adscrito administrativamente al H.N.P con apoyo del Ministerio de Justicia y Gracia.

La circunstancia legal que permite que el área clínica pueda coexistir con demandas de un ámbito forense, se consigna en el artículo 86 del Código Procesal Penal que indica: “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”. Este hecho, la posibilidad de un internamiento para realizar una pericia, es una potestad que ha sido históricamente exclusiva de los sistemas de salud de nuestro país.

Autores como Saborío (2005) han abordado las diferencias entre lo clínico y lo forense en aspectos como el encuadre, tipo de confidencialidad y el consentimiento que deben externar las personas evaluadas, temáticas que se deben manejar de manera diferenciada y que deben estar siempre presentes a la hora de tratar este tipo de casos. Si bien no se ahondará en estos temas particulares, se desea dejar constancia de la obligatoriedad de un encuadre que explique al evaluado sus derechos, motivo de la valoración y el uso que se hará de la información. En cuanto al tipo de confidencialidad que se les brindará (restringida a nivel forense en comparación al área clínica) se debe informar que se reportará lo pertinente y solicitado en un informe sin que esto viole derechos de la persona en cuanto a otro tipo de información no relevante hallada en la valoración. Posterior a estos procesos se debe dejar constancia del consentimiento de la intervención en el expediente de salud.



Con estos elementos establecidos se puede iniciar el trabajo evaluativo que tendrá como fin describir las dinámicas que fueron motivo de la consulta legal. En el caso de valorar simulación de psicóticos, es necesario trabajar algunos conceptos esenciales para entender la dimensión de este complejo fenómeno.

Metodo de revisión bibliográfica.

Se realizó una revisión bibliográfica con literatura científica reciente en bases de datos como LATINDEX, DOAJ, SCIELO, ACCES, OVID y EBSCO entre otras, abarcando las temáticas de psicosis, simulación de síntomas y evaluación psicológica desde los contextos tanto clínico como forense. Se agotaron en primera instancia los insumos bibliográficos costarricenses (escasos lamentablemente), para dar paso a literatura internacional que permitiera abordar y profundizar los siguientes temas:

- **Modelos de evaluación psicológica:** El consentimiento informado en la evaluación psicológica, modelos clínicos y forenses de evaluación, diferencias en utilización e interpretación de pruebas psicológicas en ambos contextos.
- **Definición conceptual del término “Simulación”:** La simulación según Richard Rogers, clasificaciones de la simulación, simulación y aspectos relacionados con los términos psicosis, psicopatologías, disimulación, trastorno facticio-fingimiento, Síndrome de Munchausen, trastornos somatoformos y falsificación. Por otro lado las desventajas del pensamiento categórico respecto a las nosologías diagnósticas e incidencia y aproximaciones a un “perfil” de la simulación.

- **Metodologías de Abordaje de la Simulación:** en cuanto a comportamiento observable (conducta no verbal), aspectos psicofisiológicos, psicología del testimonio, métodos y técnicas de entrevista así como la detección Multimodal de la Simulación.
- **Pruebas Psicológicas que brindan indicios de simulación:** El MMPI-II, MCMI III, PAI, PCL-R.
- **Pruebas para detección de Simulación de Psicosis:** El M-FAST, SIMS y el SIRS así como otras pruebas utilizadas para simulación.

Para efectos del presente trabajo, se abordarán las descripciones teóricas de la simulación y se reflexionará sobre la importancia que puede tener esta dinámica en algunos aspectos clínicos. El resto de las temáticas mencionadas pueden consultarse en la revisión bibliográfica que brindó los insumos al presente trabajo, titulada “Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación psicológica: algunos elementos psicojurídicos y su relación con aspectos clínicos y forenses en el contexto costarricense”.

RESULTADOS

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). Ribe, Martí y Pons (1990) en un recuento histórico señalan que el estudio de la simulación se remonta a Tardieu (1872) quien la abordó desde un contexto médico-legal, le continuaron Krafft-Ebing (1885), Ingenieros (1903), Babinski (1913), Nájera (1930) y Capellá (1960), éste último produciría incluso un test psicodiagnóstico de “simulación de locura”. Nies y Sweet (1994)



señalan que el término se utilizaba también en ambientes militares para describir a soldados que evadían su deber fingiendo estar enfermos.

La simulación se diferencia de otros procesos básicos como el “engaño automático” en que éste último es utilizado por animales como estrategia para despistar enemigos o presas. Por ello lo que se estimará como simulación corresponde a un tipo de engaño flexible, con posibilidad de adaptarse ante una situación y las características de quien se quiere engañar (Barón, 2008).

Otra arista de la simulación es el control consciente sobre la producción de síntomas falsos (Raine, 2009) y sus manifestaciones conscientes falsas, en las cuales es esencial la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados, con la finalidad de lograr un objetivo (González, 2005).

A nivel psicológico el término presenta variados matices por la heterogeneidad de sus variantes. Inda, Lemos, López y Alonso (2005) señalan que puede aludir a actitudes de encubrimiento (del 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*).

La concepción clínica de la simulación se puede resumir como el intento de mentir o engañar deliberadamente acerca de la enfermedad o discapacidad para eximirse de deberes y obligaciones sociales o legales, o bien procurar beneficios personales por diversos medios como lo económico. El concepto se incorpora como entidad clínica en el Manual Diagnóstico de y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su tercera (1980) y cuarta versión (DSM IV TR; Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2000), incluyéndose en la

sección denominada “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”, señalándose que esta dinámica se presenta principalmente en contextos médico-legales. En este tipo de escenarios se presentarían discrepancias 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.

Para Widows y Smith (2005) al incorporarse el término en las citadas condiciones, al mismo se le deja de considerar como un trastorno mental, asemejándose más a patrones de conducta comunes ante ciertas circunstancias. En concordancia a lo anterior pero ampliando significativamente los alcances del estudio de la simulación de psicosis, Richard Rogers aborda al fenómeno desarrollando una serie de conceptos, categorizaciones e incluso un instrumento para su medición denominado “Entrevista Estructurada para Reporte de Síntomas” (*Structures Interview of Report Symptoms* o *SIRS*), considerado como el patrón oro para su evaluación. El trabajo de Rogers es esencial para entender variables psicológicas esenciales de la simulación, por lo que se realizará a continuación un acercamiento a sus postulados teóricos.

Elementos de la simulación según Richard Rogers.

En contextos o circunstancias en las que se puedan presentarse experiencias que se consideren aversivas, existe una gran posibilidad que la autorepresentación sea distorsionada por la persona para obtener ciertos fines.

En circunstancias en las cuales se podría sospechar de elementos de simulación, Rogers



(1984) plantea la distinción de cuatro formas básicas de respuestas, las cuales ampliarían la visión reduccionista de los mecanismos implicados en la simulación.

Por un lado destaca lo que califica “respuestas de estilo fiable”. En esta categoría se identificarían síntomas reales que se reportan y rebelan honestamente por parte de la persona evaluada.

Otra categoría serían las “respuestas de estilo irrelevantes”, en las cuales se tendería a responder inconsistente y aleatoriamente por falta de comprensión de la evaluación. A este rubro corresponderían aspectos que irían desde el desinterés, interferencias psicóticas variadas, intentos de fingir confusión, así como motivaciones diversas en individuos comprometidos psicológica o neurológicamente.

La “actitud defensiva” sería una categoría en la cual se niegan y minimizan síntomas físicos o psicológicos deliberadamente, implicando procesos conscientes de distorsión deliberada.

Finalmente se distingue en los estilos de respuesta de Rogers la simulación (malingering), que consistiría en la fabricación o exageración deliberada de síntomas, con el fin de evitar responsabilidades legales o sociales.

Dichos términos (respuestas de estilo fiable, respuestas de estilo irrelevante, actitud defensiva y simulación) son importantes para ir conociendo la existencia de diversas facetas en la representación de la simulación, concepto que difiere de otros similares pero que se utilizan erróneamente como sinónimos. Los términos a los que se hace alusión son:

“Disimulación”: Estilo de respuesta deliberadamente distorsionada o tergiversada en cuanto a los síntomas, los cuales no encajarían en un patrón sintomatológico coherente. En este patrón se tiende a atenuar las conductas para no faltar a la autoimagen, es decir se persigue dar una buena imagen ocultando o negando elementos que se consideran poco deseables.

La **“Falta de fiabilidad”**, que consistiría en una descripción generalizada de auto-reportes distorsionados y descripciones inexactas, sin que se tenga conocimiento de las razones que generan esos reportes poco fiables.

Para Matalobos y Gonzales (2007) el modelo adaptacional de Rogers versa sobre un análisis de resultados coste-beneficios, el cual se presentaría ante situaciones con gran relevancia personal. La visión de estos autores es esencial ya que ayudan a “despatologizar” al fenómeno de la simulación, pero a pesar que las posturas teóricas actuales dan por sentado que simular no es homologable a una psicopatología, se considera necesario, con fines ilustrativos, mencionar la diferencia de este concepto con otros a los que se ha visto asociado históricamente.

Simulación y Psicosis

Para Hamilton, Fedman y Cunnien (2008) personas con esquizofrenia han demostrado la capacidad de representarse como enfermos o sanos en función de sus objetivos, hecho que difiere de la idea que simular puede precipitar o provocar un trastorno psicopatológico genuino. Contrario a ello se piensa que el tiempo y la práctica pueden mejorar la capacidad para simular psicosis, hasta llegar incluso a hacerla indetectable.



Las motivaciones para simular son muy diversas y heterogéneas. Las mismas podrían ir desde situaciones difíciles no relacionadas a un aspecto legal como evitar el dolor físico e incluso obtener medicamentos para obtener placer, hasta las más usuales que son evitar consecuencias legales u obtener indemnizaciones entre muchas otras.

Estos elementos llevan a vislumbrar a la simulación como una estrategia de afrontamiento adaptativo, teniendo como ejemplo el caso de una niña de 14 años que fingía alucinaciones para ser hospitalizada tratando de escapar del acoso sexual de su padrastro (Greenfeld, 1987). Si bien una persona con un cuadro real de psicopatología grave puede simular otros elementos del trastorno, siempre será importante analizar el motivo que podría generar dicha dinámica, para no generalizar el que una situación particular sea el reflejo de una simulación total de su condición.

Simulación y Psicopatología

Un importante tema de discusión lo constituye el probar que una determinada psicopatología se asocia más al uso de la simulación.

Si se entiende que la simulación es una estrategia que puede ser utilizada por cualquier persona en una situación de afrontamiento ante una situación aversiva, consecuentemente se debe generar una separación de la visión patologista de la simulación para caer en cuenta que es una dinámica definida como la presentación intencional de síntomas para obtener un beneficio personal, sin que ello sea un trastorno mental (APA, 2010).

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, fingimiento de síntomas e incapacidades somáticas o psicológicas, motivadas por incentivos o estrés externos. Por ello dicha nomenclatura la codifica en los epígrafes Z76.5 “enfermos fingidos” (o simuladores conscientes), dentro del apartado “personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias”. Por las circunstancias mencionadas, ningún profesional debería referirse a la simulación como un trastorno mental o del comportamiento, sino como un estilo de conducta fraudulento centrado en el engaño sobre la enfermedad y la discapacidad.

La psicopatía como trastorno de personalidad y por características propias de su dinámica (tendencia a la manipulación), sería un tipo de psicopatología que podría relacionarse en mayor medida con la tendencia a simular, citándose en la literatura otros trastornos con proclividad a tal conducta como las personalidades límite y la esquizotípica (Mohino et al 2004). Se plantea incluso que en el trastorno histriónico de la personalidad se podría presentar simulación por diversos rasgos representativos, como su falta de control conductual, tendencia a la manipulación y exageración consciente de molestias físicas o mentales.

Síndrome de Ganser

Descrito en poblaciones penitenciarias, consiste en la necesidad de relatar en forma superlativa, manifestaciones patológicas al sentirse escuchado; es decir se utilizaría el malestar psíquico para reclamar atención (Sendín, 2007) o bien se generarían respuestas incorrectas o ridículas a preguntas simples (Folks, 1995). Una característica



común, pero no necesariamente discriminativa para su diagnóstico, es pertenecer al ámbito correccional, aunque precisamente el mal uso de una característica como esta, puede dar lugar a errores como falsos positivos que atenten contra clasificaciones precisas (Rogers, 2008).

Trastorno facticio y fingimiento

En esta categoría se fingen síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, buscando asumir el papel de enfermo. Se intentan crear pruebas físicas en sí mismo o quienes están alrededor de un trastorno grave.

El DSM IV describía varios elementos del trastorno: Producción intencionada de síntomas o signos (físicos o psicológicos) que pueden ser inventados, falsificados, autoinflingidos o exagerados. Los mismos podrían proceder de un trastorno físico pre-existente en el cual no existían incentivos externos que justifiquen los síntomas (A.P.A, 2002).

Mientras los simuladores buscarían de forma dolosa una hospitalización produciéndose síntomas con el afán de buscar compensaciones o escapar de asuntos judiciales (“curándose” de los síntomas cuando ya no le son útiles); en el trastorno facticio la persona no es consciente de la motivación que existe detrás de su conducta, para la cual tampoco existen incentivos externos.

El Trastorno Facticio (en adelante TF) se codificaba antiguamente en tres subtipos: Con signos y síntomas físicos (TF físicos); con signos y síntomas psicológicos (Desórdenes Psicológicos Facticios) y con una mezcla de síntomas físicos y psicológicos. En esta última categoría se tienden a exteriorizar rasgos que se asemejan a los observados en el síndrome de Munchausen, siendo que de manera

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 que un cuidador crea o finge una enfermedad o lesión a una persona que se encuentra bajo su atención y cuidado.

Rosenberg (1987) indicaba la existencia de un índice de co-morbilidad notable entre el T.F. y el T.F por poderes, ya que entre el 10% y el 25% de las madres que poseen trastorno facticio por poderes, también presentaron un trastorno facticio. En cada una de estas condiciones, la falsificación médica o psiquiátrica se presume 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).

Síndrome de Munchausen

Término acuñado inicialmente por Asher (1951) que describe una forma rara de desorden físico artificial, en que la introducción de la enfermedad parece mantener un estilo de vida que gira en torno a las hospitalizaciones, cirugías y batallas polémicas con los médicos.

Folks (1995) estableció 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, señalando como síntomas esenciales la pseudología fantástica y la mentira patológica, viajes constantes o “vagabundeo” así como el reporte recurrente de una enfermedad fingida. El autor ubica como posible génesis las privaciones y los abusos en la niñez, así como experiencias tempranas en el sistema de salud en los cuales la persona percibió este entorno como más interesante y “nutricio”



que su propio hogar. Los síntomas físicos o psicológicos producidos intencionadamente para asumir el papel de enfermo no implican consecución de recompensas externas, como cobro de indemnizaciones, obtención de bajas laborales o de algún tipo como ocurren en la simulación.

Trastornos Somatoformes

En los sistemas nosológicos actuales (previos al DSM V), la calidad intencional de falsos “enfermos” se utiliza como base para distinguir entre un gran número de trastornos.

Por un lado se encuentra el grupo de los trastornos somatomorfos, en donde se ubican el trastorno somatomorfo indiferenciado y el no especificado, así como la somatización, los llamados trastornos de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal. Por otro lado se catalogan los síndromes somáticos funcionales, entre los que se encuentran el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia (First, Frances y Pincus, 2006).

Teniendo en cuenta estas grandes categorizaciones, se cree de parte de muchos teóricos que la distinción entre TF y la simulación por un lado; y los trastornos somatomorfos por el otro es difícil de realizar clínicamente y puede incluso no ser válida.

Para González (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,

aunque cause deterioro en las esferas social, laboral y afectiva del sujeto.

La simulación difiere de los trastornos somatoformes en que estaría dirigida a la obtención de recompensas externas; aunque ello puede traer aparejado recompensas psicológicas, apoyo social y atenciones. Otra de las diferencias sería la intencionalidad atribuida al engaño: 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 ejercer un control voluntario sobre la sintomatología presentada.

Todas las clasificaciones expuestas merecen una revisión y actualización posterior a la publicación del DSM V, lo que nos llama a ver estas categorías como elementos dinámicos más que como realidades estáticas e incambiables.

Importancia de no asumir pensamientos categóricos respecto a la simulación

Hamilton (2008) cree que existen importantes inconvenientes clínicos si se piensa categóricamente sobre la división de trastornos, por lo que propone un modelo alternativo multidimensional de la conducta de enfermedad, ya que la mayor desventaja del pensamiento categórico deriva en que los trastornos relacionados con conductas de enfermedad se distinguen sobre la base de procesos psicológicos “mal entendidos”, en lugar de sus características observables.

Por ejemplo en los trastornos somatomorfos y los síndromes somáticos funcionales, en los cuales los síntomas sin explicación médica



reflejan el funcionamiento de los conflictos inconscientes o distorsiones cognitivas de las personas (Brown, 2004), los temas relacionados a sus motivación se discuten poco y cuando se hace, tienden a desdeñarse a la categoría única de “ganancias secundarias”. Los trastornos facticios y la simulación se definirían por procesos de motivación que se identifican después que han progresado de engaño de una enfermedad grave, siendo que el papel de los procesos cognitivos sutiles en torno a su desarrollo pocas veces es considerado. Así el enfoque categórico de las distinciones clínicas del DSM IV limita apreciar lo complejo de sus procesos cognitivos y las motivaciones inmersas en sus dinámicas.

Una segunda desventaja se relacionaría a una demarcación artificial del trastorno facticio y la simulación. Esto por cuanto se limita el alcance de la simulación a los intentos de evadir responsabilidades y obtener beneficios, reforzando la asociación entre la simulación y trastorno de personalidad antisocial. Dicho enfoque coloca al simulador en una posición claramente desfavorable, generando como consecuencia que la meta del evaluador sea interesarse únicamente en descubrir a los simuladores, más que en comprenderlos.

Por ello Hamilton et al (2008) proponen dos formas de abordar los casos de supuesta enfermedad excesiva. El primer enfoque consistiría en aplicar un análisis funcional para los casos de la conducta de supuesta enfermedad, basándose en analizar la hipótesis de que la misma sirva a uno o más propósitos en la vida de quien dice padecerla, comenzando 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 de lo que refiere el DSM, 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 este grado de importancia sea diferente para los contextos forenses).

Como segunda ventaja, el análisis funcional permite analizar el papel de “enfermo” y como puede servir a múltiples funciones, hecho que estimula la búsqueda exhaustiva de las contingencias que puedan mantener la supuesta enfermedad. Este tipo de enfoque sería útil para entender no sólo las funciones generadas por la conducta de enfermedad, sino también la medida en que el “papel de enfermo” interfiere con su adaptación social o laboral.

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 pretende llamar la atención al desarrollo de este tipo de repertorios conductuales con el paso del tiempo.

Por los argumentos expuestos se recomienda evitar posiciones patologizadoras de la simulación, ya que si bien en algunos casos simular puede expresar parte de una patología, también puede convertirse en una estrategia para enfrentar diversas circunstancias, aunque sea de manera disfuncional.

Dependiendo del contexto en que se evalúe, las consecuencias que generará la simulación



serán muy diferentes. En un contexto clínico el foco debe situarse en porqué existe la necesidad de realizar esta conducta, para descubrir su motivación esencial y el sufrimiento subyacente a ese acto, junto con el estilo de personalidad que lo sustenta para tratar de trascender ese patrón patológico-disfuncional, con el afán de buscar lo contrario, es decir esquemas más asertivos de afrontamiento con su medio social.

Desde el área clínica se buscaría una configuración diferente a la utilizada por el usuario. Se pretende sin generar consecuencias aversivas (como privación de libertad) que el usuario genere modelos de adaptación más realistas a su entorno, ello a pesar que su nuevo modelo de afrontamiento le genere incomodidades personales. Este es un punto esencial en el H.N.P, ya que estas conductas no le deben generar de manera irremediable una expulsión del sistema de salud, pues ello convertiría a las personas en paciente de “puerta giratoria”, afectando al sistema de salud en otros hospitales. Es necesario profundizar en lo que subyace a la simulación para trabajarla y buscar estrategias de afrontamiento más asertivas. Por el contrario en un contexto forense, la detección de la simulación obligaría a su reporte, lo que generaría la imposibilidad de obtener ciertas ganancias como el evadir un castigo judicial.

Aproximaciones y abordajes de la simulación de psicosis

Samuel y Mittenberg (2006) indican que algunas áreas y conductas que generarían sospecha de conductas de simulación en un contexto legal son:

- **Motivación y circunstancias:** existencia de incentivos económicos, solución a problemas socioeconómicos, conducta

antisocial, insatisfacción profesional, conflictos laborales, situación cercana a la jubilación e historia previa de engaño y actos deshonestos.

- **Sintomatología atípica e inusual:** exageración de sintomatología, incongruencia con el curso normal de la enfermedad.
- **Presentación ante la entrevista:** falta de cooperación, discrepancias entre los datos de entrevista, la historia clínica y la información colateral.
- **Actividad y conductas fuera de la entrevista:** actividad laboral adecuada, realización de actividades lúdicas, falta de compromiso con el tratamiento.

Ante estos aspectos y la dificultad real de poder visualizar el hecho concreto de la simulación, se han desarrollado diversas aproximaciones para su detección, algunos de los cuales se mencionan en el siguiente apartado.

Detección Multimodal de la Simulación

Ha existido una limitación valorativa por los criterios unidimensionales del antiguo DSM-IV y el aún vigente 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 de antecedente disponible (Slick, Sherman y Iverson, 1999).

La simulación al ser un fenómeno multideterminado y multidimensional, exige una evaluación compleja y multifacética apoyada en la administración de instrumentos empíricamente validados, procurando una detección sistemática de dinámicas así como una investigación cuidadosa de sus posibles



motivaciones subyacentes. Por este motivo Gonzalez (2011) señala que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información es esencial para asegurar un adecuado acercamiento al fenómeno. Así la detección de la simulación se fundamentaría en la convergencia de datos de distintas fuentes como entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas y evaluación conductual entre otras.

En la actualidad, de las diversas metodologías existentes, se destacan dos sistemas operativos para el diagnóstico multidimensional de la simulación. Por una parte se encuentra a Slick, Sherman y Iverson (1999) mientras que un modelo más reciente es el de Bianchini, Greve y Glynn (2005), ambas propuestas basadas en información convergente obtenida a través de distintas fuentes de información que sirven para determinar grados de precisión (simulación definitiva, probable o posible).

Existen dos criterios fundamentales compartidos por ambas posiciones para considerar simulación: presencia de incentivos externos significativos y que los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos.

A pesar de esos aspectos en común, existen diferencias en las fuentes de información consideradas para el diagnóstico de simulación en ambos modelos. Mientras Slick et al. (1999) se orientan a evaluar simulación de daño neurocognitivo (teniendo en cuenta la evaluación neuropsicológica y el autoinforme); Bianchini et al. (2005) utilizarían además de dichas fuentes, datos procedentes de la evaluación física/médica.

Si bien ambos modelos son perfectamente compatibles y pueden utilizarse juntos, a juicio

de González (2011) los criterios de Bianchini y su equipo son más amplios al considerar más fuentes de información. Desde este paradigma las claves para la detección de la simulación se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- Evidencia de un incentivo externo que genera la producción intencional de síntomas.
- Inconsistencias en diversas pruebas psicológicas y físicas, o en distintos ámbitos (médico, psicológico, fisioterapéutico, de rehabilitación y otros)
- Convergencia de datos de diferentes fuentes profesionales y pruebas (psicológicas, neuropsicológicas y médicas entre otras).
- Necesidad de una evaluación multimétodo/multisistema.

Estos elementos dan paso a conocer algunas dinámicas relacionadas con la simulación, como las que indica Tapias (2004) en 3 importantes áreas:

- **Comportamiento durante la evaluación forense:** Retienen información y no cooperan, llaman la atención sobre su enfermedad, muestran alteraciones del lenguaje no verbal.
- **Características de los síntomas:** Simulan síntomas evidentes en relación con conocimiento previo de la enfermedad, fingiendo síntomas más que cuadros diagnósticos completos, informando síntomas severos con aparición aguda (contrario al desarrollo crónico conocido por los clínicos), sin apreciarse perseveración de síntomas por períodos largos. Se les dificulta fingir síntomas fisiológicos, presentándose una



ausencia de alteración afectiva asociada con la enfermedad simulada.

- **Aspectos del historial clínico y judicial:** Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad, discrepancia entre auto-reportes y archivos médicos, así como no poseer motivos o comportamientos psicótico asociados a sus ofensas. Certeza documental de engaños anteriores.

Otra aproximación a la evaluación de la simulación la constituye el “Protocolo de medida de la simulación” de Arce y Fariña (2007), en el cual se establecieron una serie de criterios positivos y negativos que fundamentan el protocolo (Arce 2006):

- **Criterios positivos:** comprende la falta de evitación de respuestas y la deseabilidad social (evaluados en escalas de control del MMPI) en lo referente a la abstención significativa de brindar respuesta. Para esta categoría se tiende a dar respuestas de deseabilidad social sin seguir estrategias típicas de simulación, lo que constituiría un importante indicio de veracidad del protocolo.
- **Criterios negativos.** Resultados que anulan o mitigan la validez del protocolo. Estos requerirán la complementación de otros criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir en relación a la no imputabilidad, para lo cual se formula el concepto de “invalidéz convergente” que requeriría al menos dos indicios de invalidéz 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 de los 90 Síntomas (SCL-90-R), entrevista y otros), aconsejándose

el uso de dos sistemas de medida que requieran diferentes actividades.

- **Análisis de consistencia interna de las medidas.** Escalas de control, consistencia temporal e interna de la entrevista en relación con el análisis de estrategias realizadas por los simuladores: síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, consistencia de síntomas, síntomas improbables y severos. Se recomienda que dos evaluadores de forma separada comprueben la consistencia inter-evaluador para controlar sesgos de medida e interpretación.
- **Estudio de la fiabilidad:** Utilizado para determinar la consistencia interna así como las inter-medidas, los inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales y otros) y los inter-evaluadores. Se propone un “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”:** Sugieren contar con la mayor cantidad de información del sujeto para facilitar la evaluación y reforzar la valoración con antecedentes, datos, estudio del comportamiento y otras pruebas documentales así como testimonios referentes al sujeto.
- **Estudio psicológico del grado de responsabilidad:** Si bien las medidas objetivas brindan datos sobre



información biológica, esta requiere una complementación psicológica que clarifique la relación del estado mental con la responsabilidad penal. El estudio psicológico refleja las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto que deben ser nulas o estar deterioradas para reducir su grado de responsabilidad al momento de los hechos.

- **Poner a prueba la “validez discriminante”:** Realizar una medida no relacionada con el caso (valores de personalidad del 16-PF por ejemplo), a la espera de que no guarde relación alguna con la evaluación objetiva y se deseche un intento de manipulación de la imagen ya sea positiva o negativa, para arrojar con ello un resultado que se adhiera a las categorías: “probablemente simulador” o “probablemente no simulador”. Ello teniendo claro que la “certeza” de la simulación es difícil de establecer en estos casos, por lo que se deben brindar términos probabilísticos.

Arce y Fariñas (2007) 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.

Otras estrategias de detección de la simulación de psicosis.

Rogers (2008) apoyado en otros autores (Rogers, Harrell, y Liff, 1993) brindan una descripción de lo que considera adecuadas estrategias de detección de la simulación. Señala que una buena práctica consiste en un método estandarizado, con bases conceptuales y empíricamente validadas que diferencie sistemáticamente entre un estilo de

respuesta específico (como simulación o una actitud defensiva) de otros estilos de respuesta (como ser honesto). Un abordaje de este tipo incluiría cinco criterios críticos:

- Un método estandarizado.
- Bases conceptuales claras.
- Validación empírica.
- Diferenciación sistemática.
- Un estilo de respuesta específica.

Para que un método de detección sea adecuado, además de cumplir con los cinco criterios mencionados, debe poseer una validación cruzada con diferentes medidas. Si ocurriera lo contrario, es decir, que una estrategia no sea eficaz a través de diferentes medidas, se consideraría que la misma no estaría lo suficientemente establecida, reduciendo su eficacia para los objetivos propuestos. Otro elemento a tomar en cuenta es que las estrategias de detección de los estilos de respuesta, deben ser objetivas buscando para ello el centrarse en un estilo de respuesta específica dentro de un dominio particular.

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



En los últimos años la investigación sobre estrategias de detección se han centrado intensamente 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, mientras que para las habilidades cognitivas la atención se ha centrado casi exclusivamente en la simulación o producción intencionada y deliberada de engañar.

En el ámbito de la simulación de trastornos mentales, se han descrito diez estrategias de detección que son importantes a tener en cuenta:

1. Síntomas raros: Considerados el “caballo de batalla” para evaluar trastornos mentales fingidos.
2. Síntomas “casi raros”: A diferencia de los síntomas raros, son menos plausibles en un cuadro psicopatológico.
3. Síntomas improbables: Muy difíciles de apreciar en una psicopatología real. Su calidad excepcional aumenta la probabilidad simulación. La eficacia de reconocer síntomas falsos puede disminuir ante simuladores sofisticados.
4. Combinaciones de síntomas.
5. Patrones espurios de psicopatología.
6. Aprobación indiscriminada de síntomas (identificarse o reportar gran número de síntomas).
7. Severidad de síntomas. La proporción de los síntomas de “extrema severidad” ayuda y facilita la clasificación de la simulación.
8. Síntomas Obvios: Estos son fáciles de reconocer y parecen ser clínicamente

significativos, utilizándose en mayor número que quienes en realidad padecen los trastornos.

9. Información de síntomas observados: Esta estrategia incorpora percepciones estandarizados del clínico acerca algunos 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 respecto a la psicopatología observada.
10. Estereotipos erróneos: Personas que pueden asumir erróneamente que ciertas características clínicas son comunes entre poblaciones de pacientes reales.

Los criterios de confiabilidad y validez de las pruebas psicológicas que se utilizan en quienes se sospecha simulación son esenciales para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos. En este mismo rubro, se debe evitar realizar deducciones o equiparaciones de términos, como por ejemplo el pensar que cuando los resultados de una prueba son inválidos, ello significa que la persona “simula” o “miente”. La invalidación de una prueba indica que se debe tener precaución con sus resultados, o bien que debe aplicarse un re-test (si aplicará para las condiciones de la prueba), pero nunca implica que se deben realizar inferencias de los resultados obtenidos, ya que ello generaría una serie de hipótesis que no serían necesariamente sostenibles en el marco de una evaluación rigurosa. Equiparar invalidación con mentira o simulación es algo inadecuado, reduccionista y falso.

En estos casos un elemento esencial sería la credibilidad de la información, que en la aplicación de pruebas consistiría en cumplir con requisitos de validez más allá de las



inferencias que pueda realizar el evaluador. Se debe recordar que las interpretaciones de quien evalúa 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.

Un proceso que busque ser válido y confiable para valorar simulación, no generará elementos indiscutibles ni certeza diagnóstica absoluta sobre está, porque la simulación no es una patología en sí o una entidad diagnóstica, sino un fenómeno que refleja patrones conductuales y verbales de afrontamiento ante situaciones que puede presentarse en sujetos con características psicológicas heterogéneas.

Por las dinámicas citadas, varios autores sugieren rechazar etiquetamientos deterministas para quienes se le detecten indicadores de simulación. En lugar de ello se proponen categorías que irían desde “probablemente simulador”, o bien “probablemente no simulador”, lo anterior debido a que los recursos actuales 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 es esencial para brindar un panorama amplio de dinámicas de funcionamiento.

La literatura señala una serie de herramientas que se han utilizado para recolectar indicios de la simulación. Ejemplos de estas son 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 de estas pruebas, otros instrumentos que reportan una importante cantidad de investigación científica en el campo de la simulación son el Inventario Clínico Multiaxial de Millón III (MCMI III) y el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI-II). Ambos son usados ampliamente en el ámbito nacional, junto a otras pruebas que se han desarrollado de manera más específica para detectar simulación, como los son: Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS).

Para efectos del actual trabajo, la sola mención de los nombres de las pruebas da pie para insistir en la necesidad de que el profesional conozca los sustentos teóricos que las apoyan, así como las investigaciones que las validan en diversas poblaciones y contextos. Si bien la descripción y los resultados que pueden generar las pruebas son merecedores de un trabajo que supera los alcances del presente resumen, algunos elementos sobre cada una de ellas se pueden encontrar en el trabajo original que da origen a este artículo.

DISCUSIÓN

La falta de estudios en el país sobre simulación de psicosis generó un importante incentivo para la realización del trabajo, entusiasmo que se desea transmitir a profesionales en psicología con relación a este tema que laboran tanto en la CCSS como en el Poder Judicial. Ello con el afán de tener posibilidades de establecer canales de comunicación que generen agendas de investigación conjuntas.

Si bien se ha tratado de mencionar algunos factores psicojurídicos en torno a la evaluación de este tipo de dinámicas (contexto de evaluación, encuadre, tipo de



confidencialidad, manejo de información), así como de elementos teóricos (concepciones de simulación, formas de evaluarla y diagnóstico diferencial con otras psicopatologías), existe un hecho llamativo que deriva de los insumos recopilados: Es necesario el intercambio de información para generar producción de conocimiento en el país, ya que la complejidad de la simulación de psicosis y las diversas formas que puede asumir así lo amerita. Aunque paradójico, pareciera que ha sido más frecuente y viable el trabajo interdisciplinario a lo interno de una institución (psicología con derecho o medicina), que el trabajo entre colegas de una misma profesión (psicólogos clínicos o forenses) a nivel interinstitucional.

A la psicología clínica en Costa Rica le correspondió en sus inicios realizar algunas labores de apoyo al ámbito jurídico, aunque su formación esencial en este tipo de temas versaba sobre todo en cuanto al diagnóstico de la psicosis (tema que como se ha mencionado, sirve para determinar inimputabilidad). La evaluación de la simulación por otra parte, correspondería más a un ámbito forense, pero cuando esta última especialidad surgió en el país, no se extendieron lazos de comunicación entre ambas disciplinas. Este último hecho debe remediarse no solo para potenciar insumos de investigación, sino para aprovechar la capacidad institucional instalada tanto de la CCSS como del Poder Judicial, lo cual redundaría finalmente en beneficio tanto para quienes deben desempeñarse en el campo y tratar este tema (profesionales) como para quienes serán beneficiarios del sistema (usuarios del sistema de salud y judicial).

Considero que esta dificultad se podría superar con una mayor actitud de colaboración, ya que este vínculo de comunicación entre lo forense y lo clínico es responsabilidad de quienes

ejercen sus labores en estos campos en primera instancia. Si bien es cierto que el Poder Judicial y la C.C.S.S deben facilitar espacio de intercambio académico y de investigación, son los y las colegas las que deben desarrollar el espíritu de cooperación necesario para llevarlos a cabo y sacar provecho de las diversas experiencias con que se cuenta. Esto ya que para ambas instituciones las prioridades son diversas y no necesariamente se centran en lo psicológico, por lo que de no existir una agenda de trabajo en estos temas, las necesidades pueden pasar invisibilizadas y por ende ignoradas.

Un gran rubro pendiente es el de la investigación científica. En la especialidad en psicología clínica, de larga data en el país, el ente empleador (C.C.S.S) no posee políticas que incentiven este tipo de trabajo en horas laborales, a pesar de que existen medios de divulgación como la revista en que se publica este trabajo.

El estímulo para generar conocimiento de este tipo es poco similar a lo que acontece en el Poder Judicial, lugar donde existe de igual manera una revista de divulgación (Revista de Medicina Legal) pero los esfuerzos investigativos son de cada autor más que una política institucional. El estudio de la simulación de síntomas psicóticos interesa de forma esencial al contexto forense, por lo que esta área debe intentar propiciar un acercamiento de índole investigativo y así tratar de nutrirse de las experiencias de los usuarios de la CCSS, ya que en esos escenarios la posibilidad de los internamientos generan datos esenciales para efectos de evolución de la conducta.

Otro gran tema importante de mencionar es el abordaje clínico que se puede hacer de quienes simulan psicosis. Es importante en este rubro trascender la mentalidad de que el



fin último sobre la simulación es descubrirla y ahí finalizar la tarea psicológica. A nivel forense ese es un factor esencial, pero la tarea clínica apenas inicia cuando se descubren esos elementos comportamentales disfuncionales.

Se ha mencionado que los incentivos externos son la razón de ser de una conducta simuladora y que por estas razones, un gran porcentaje de la simulación se presentará en contextos forenses. Ante este hecho ineludible se aprecia otro de menor incidencia estadística pero no menor importancia práctica; la simulación se presenta también en contextos clínicos por diversas circunstancias que podrían no estar judicializadas. Es ahí donde el estigma “nos está engañando para obtener algo” debe cuestionarse y trascenderse, debiendo profundizar en las motivaciones clínicas de dichas conductas.

Se ha tratado de visualizar la existencia de diversos modelos de abordaje y opciones de evaluación. Estos elementos son importantes para guiar y estimular investigaciones futuras sobre el tema, pero también se pretende reflexionar sobre la importancia de tener un cambio de actitud en quienes atienden este tipo de casos, sobre todo porque previo a la aplicación de las técnicas y pruebas descritas, se requiere un acercamiento al fenómeno de manera diferente, más sensible desde la perspectiva clínica y de mayor acercamiento a los insumos del área de salud para valorar evolución desde el ámbito forense.

Al ser el vínculo pericial más desvinculado que el clínico y al buscarse desde lo forense ilustrar sobre dinámicas que fueron consultadas de forma específica por entes legales, queda en manos de centros como el CAPEMCOL y el Hospital Nacional Psiquiátrico, desarrollar concientización en su personal sobre el abordaje que se podría realizar en ese tipo

de usuario. Si la prioridad lógica de estos centros de salud es la rehabilitación, así como el bienestar y el restablecimiento del equilibrio emocional de las personas, el tratar de leer desde otro lugar la dinámica de la simulación puede abrir puertas para conocer mejor el fenómeno e incentivar a las personas para que incursionen en estrategias de afrontamiento más sanas. Este insumo es particularmente importante en usuarios con medidas curativas o pacientes internados en el CAPEMCOL.

La propuesta no es una tarea simple ni poco desgastante, es por el contrario un reto ya que existen factores morales y contratransferenciales que deben trabajarse en quien presta el servicio de salud, ya que pueden incidir en lo que se desarrolle tanto en la evaluación como en el vínculo terapéutico con la persona. En este sentido es parte de la responsabilidad ética de la psicología intentar abordar el tema tanto con intervención como con investigación.

El presente trabajo al tratar de discutir sobre el abordaje de la simulación en los en la realidad costarricense, no puede dejar de lado dos temas que deben enmendarse para poder avanzar en pro de obtener mayor conocimiento del tema. Uno de ellos (ya mencionado) es el distanciamiento entre ambas especialidades, pero uno derivado de este y alimentado por esta distancia, corresponde a como el ordenamiento institucional y jurídico del país al no conocer o tener insumos de lo psicológico, generan una toma de decisiones que no necesariamente benefician a la parte profesional y lo técnicamente correcto.

Saber por ejemplo que una evaluación de este tipo requiere tiempo y que entre más fuentes colaterales se consulten existirá mayor posibilidad de certeza, es algo que no necesariamente se sabe desde el punto de



vista legal. Asimismo un hecho como propiciar el acceso a datos del expediente de salud y el realizar visitas al campo para discutir de forma interdisciplinaria el tema (psicólogos, psiquiatras y abogados), son aspectos que generarían mayor confiabilidad para otro tipo de toma de decisiones. Creo que la voluntad profesional de los y las colegas que se desempeñan en cualquiera de los dos ámbitos debe tratar de superar estas barreras institucionales, hecho que en nuestra realidad actual, parece ser el único generador de cambios que podría generar repercusiones en otras instancias.

Además de esto existe otro hecho inquietante: Al momento de la elaboración del trabajo no existe 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 reseñadas para intentar sentar las bases de futuras investigaciones. Si a este factor jurídico se le añade la carencia de una agenda conjunta de investigación y cooperación entre profesionales del área forense y clínica, estamos ante un panorama en el cual problematizar y abrir espacios de reflexión que faciliten desarrollos futuros, continuará siendo inexistentes.

La simulación posee muchas caras, circunstancias y aristas que son merecedoras de estudio, hecho que enriquece pero al mismo tiempo dificulta su observación y descripción, constituyéndose como un reto para quien debe evaluarla. Los caminos que siguen un clínico y un forense son diferentes, así como los resultados y las repercusiones que se originen de ambos acercamientos, pero será mutuo el beneficio de crecimiento para ambas si se estrechan lazos y se rompen barreras.

A nivel forense la demanda se establece

desde un ente legal, por lo que dialogar con otra disciplina como el derecho ha generado una serie de técnicas, herramientas y metodologías de trabajo que han conducido a la especificidad y abordajes cada vez más estructurados y sistematizados, mismos que irán cambiando con el tiempo y los aportes que las investigaciones generen. La claridad de éste ámbito se complementa positivamente, con la reciente inserción en el país de la formación profesional en ese campo.

En el caso de la psicología clínica, donde en muchos otros ámbitos y tipos de trastornos se han generado avances significativos, en este tema de la simulación pareciera no existir claridad de lo que se debe trabajar terapéuticamente. Con este tipo de “pacientes difíciles” se debe estimular la discusión teórica y se debe profundizar en algunos elementos específicos, como lo hacen Hamilton et al (2008), quienes insisten en que es necesario analizar el por qué el papel de “enfermo” puede servir a múltiples funciones y contingencias, así como la dinámica de esos elementos y como refuerzan la conducta del estado de supuesta enfermedad.

Si bien se puede objetar que el estudio de asumir un rol de enfermo es más analizable desde fenómenos como los trastornos facticios, se puede considerar que por su dinámica, tanto lo facticio como la simulación son parte de un continuum, diferenciándose entre sí por una única diferencia que básicamente no es psicológica; los incentivos externos o el evitar responsabilidades. Es importante en este sentido tratar de entender por qué la conducta disfuncional de simular enfermedad interfiere con una adaptación más asertiva de la persona con su medio.

La revisión bibliográfica pretende ser un punto de partida para la investigación y una



herramienta descriptiva para los profesionales que deben realizar este tipo de valoraciones. La expectativa es que se convierta en un punto de partida para discusiones y posteriores investigaciones, que en un contexto legal adecuado y con legislación que facilite la investigación clínica, puedan profundizar sobre metodologías y pruebas que se utilizan para valorar simulación.

En el CAPEMCO y el Hospital Nacional Psiquiátrico se trabaja desde un paradigma de rehabilitación, estimulando conductas adaptativas en los usuarios para insertarlos en el medio social al cual pertenecen. Este hecho prioritario a nivel institucional se ha complementado con detectar indicios de simulación, aspecto que a pesar de ser una demanda cuantitativamente menor, requiere por parte de los profesionales de ambos centros de salud el conocimiento de sus dinámicas. Ello para que, dependiendo del perfil de la persona y la circunstancia en que se encuentre, se intente un abordaje clínico buscando que la persona valore su disfuncionalidad e incluso ensaye otro tipo de adaptaciones al medio que lo rodea.

CONCLUSIONES

Quienes prestan un servicio de salud poseen la obligación especial de conocer que en sus condiciones actuales (aunque no son las ideales), lo clínico y lo forense podría traslaparse, hecho que obliga a guiarse con sumo cuidado en el encuadre de la intervención, principalmente en el marco de medidas cautelares cuando se solicita ayudar a determinar una enfermedad mental con el fin de dirimir judicialmente la posibilidad de inimputabilidad.

Realizar un adecuado encuadre implica exponer el tipo de confidencialidad que se

tendrá respecto al caso, así como la anuencia de la persona para participar en el proceso. Estos aspectos deben quedar establecidos en la anotación inicial en el expediente de salud en el caso de la C.C.S.S previo a iniciar el abordaje, o mediante un consentimiento a nivel judicial.

Asimismo se debe realizar una indagación exhaustiva del historial clínico del sujeto en sus expedientes (hospitalarios, del Ministerio de Justicia y del Poder Judicial), así como en todas las fuentes de información colateral con que se cuente. En el HNP y el CAPEMCO, las anotaciones de otras disciplinas como medicina general, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería son de suma importancia. A nivel del Poder Judicial es muy importante tener acceso a los expedientes hospitalarios, hecho que incrementa la necesidad de una alianza estratégica entre las instituciones y sus profesionales a cargo.

La exhaustividad y rigurosidad en la recolección de información mediante entrevistas y metodologías estructuradas es otro factor deseable, aunado a una adecuada escogencia de pruebas psicológicas que brinden información pertinente para el informe. Es vital basar las conclusiones de los resultados en diversas pruebas, iniciando con escalas que generen insumos iniciales para poder extenderse, según lo recabado y la dinámica observada, a otras pruebas que amplíen hallazgos que se consideren de interés.

El conocimiento y adecuada selección de los insumos que brindan pruebas de personalidad (MMPI II, PAI, MCMI III) o test para funciones específicas (TOMM en el caso de simulación de memoria), puede potenciarse con la existencia de herramientas para evaluar aspectos específicos de la simulación de



psicosis (M-FAST, SIMS o el SIRS). La complementación de estos elementos con el conocimiento clínico de dinámicas de simulación y propuestas estructuradas para su abordaje, allanan el camino para una mejor toma de decisiones en ese ámbito.

En lo referente al informe que es solicitado por entidades judiciales, un insumo esencial es tener en cuenta que la simulación no es una patología, sino un fenómeno que se extiende en un “continuo” que puede ir desde leves exageraciones de síntomas, elaboraciones más complejas hasta la total fabricación de los mismos. Se ha mencionado en apartados anteriores que se debe evitar caer en aseveraciones determinantes como que la persona “sí” está simulando o “no” está simulando. Se debe recordar que a nivel psicológico se describen dinámicas y no necesariamente se brindan posiciones categóricas.

Como lo más usual que se presenta en la simulación son la exageración de síntomas, en lugar de su invención (Nies y Sweet, 1994), cuando se aborde el tema para un informe clínico, sería deseable además de una adecuada ubicación noseológica del CIE 10 (en el caso de la C.C.S.S), que en el informe se realice una descripción de la exageración de síntomas. El fin último de intentar un abordaje sobre dicha exageración y la dinámica disfuncional de simular enfermedades es un elemento importante clínicamente para tratar de rehabilitar a quien presente dichas conductas. A nivel judicial la descripción de dinámicas es esencial para brindar insumos a las autoridades judiciales, así como el realizarlo en un lenguaje accesible para los profesionales en derecho sin caer como se ha mencionado, en afirmaciones categóricas.

Asimismo desde un contexto clínico de evaluación (HNP y el CAPEMCOL) resultarían más útiles y con mayor posibilidad de impacto terapéutico generar datos sobre la motivación que da lugar a esa conducta disfuncional, no solo para dilucidar si el motivo versa sobre obtener ganancias económicas o evitar problemas legales, sino también para conocer qué aspectos podrían trabajarse terapéuticamente.

Es vital que el personal de psicología tanto del HNP como del CAPEMCOL, además del conocimiento de psicopatología y del entrenamiento en uso de pruebas que adquiere de la especialidad clínica, conozca el marco legal en el cual se deben enmarcar todas sus actuaciones en este tipo de casos, así como los deberes y derechos que posee a nivel ético, legal y administrativo, elemento que propiciará su confianza en el abordaje de este tipo de temas. Sobre la importancia del marco legal en profesionales que se desempeñan en el campo forense, se debe tener en cuenta que más allá de un “marco”, el conocimiento psicojurídico de estos aspectos se constituye como la base y cimiento de su trabajo.

Promover investigaciones que trasciendan lo bibliográfico es vital para generar modelos y protocolos de atención, 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 se requieren para evaluaciones de este tipo. Por ello se debe instar no solo a quienes cursan la especialidad en psicología clínica, sino también a quienes se desempeñan actualmente en estas funciones, para que generen investigación, modelos y evaluaciones cada vez más exhaustivos, con el fin de poder compartir sus resultados y



experiencias, creando un acervo bibliográfico necesario sobre la realidad costarricense.

Tanto la C.C.S.S como el programa de la Especialidad en Psicología Clínica que se desarrolla en conjunto con la Universidad de Costa Rica, deben habilitar espacios para la investigación. La novedosa experiencia que se está vivenciando con el CAPEMCOL debe aprovecharse para establecer agendas de investigación en este tema, mismas que impacten tanto en la cotidianidad laboral del profesional en psicología clínica que se encuentra en dicho centro, como en las futuras posibilidades de investigación; en ambos rubros tanto la C.C.S.S como la U.C.R pueden realizar cuantiosos aportes. Sería importante como parte de este proceso que profesionales de Poder Judicial participen de estos procesos, con un intercambio no solo para conocer el sistema que se emplea en la CCSS, sino para que generen un intercambio cooperativo de conocimientos y experiencias.

En la actualidad la tendencia a dedicarse al trabajo de atención descuidando los importantes procesos de investigación debe cuestionarse a lo interno de la CCSS, para crear una cultura formativa que permita luchar por la obtención de aspectos esenciales como lo son una legislación clara que favorezca las investigaciones clínicas. Indagando a nivel bibliográfico, pero sobre todo experimentando en el campo en este tipo de temas, se podrá dotar de insumos a los y las profesionales para la construcción de modelos de evaluación, intervención y atención de las personas usuarias. Este tema tampoco debe dejarse de lado en la formación forense, ya que desde el posgrado en dicha área es necesaria la investigación para crecer, y la universidad que brinda la maestría así como la institución que se beneficia de este servicio (el Poder Judicial)

deben esforzarse en promover insumos para indagar sobre estos temas.

Finalmente se debe realizar una reflexión sobre la importancia de lo interinstitucional para el avance del conocimiento y la ciencia, así como de la mejora de los servicios ya sea de salud y judiciales al pueblo costarricense.

La falta de agendas conjuntas de trabajo entre colegas forenses del Poder Judicial y sus contrapartes clínicos de la C.C.S.S, puede llegar a consolidarse lamentablemente, como una de las mayores limitaciones para profundizar en este tipo de temas. Si bien uno podría culpar a los jefes de ambas instituciones por no preocuparse por este tipo de temáticas, cabe la duda si este vacío de información ha sido reforzado por quienes, debiendo saber más del tema (psicólogos y psicólogas), no han hecho un esfuerzo por informar a sus jefes sobre esta necesidad o no han buscado posicionarse en lugares donde favorezcan el intercambio de conocimiento.

El Poder Judicial al pertenecer a un contexto jurídico, centra muchas de sus necesidades en responder a temas legales, por lo que la psicología ha jugado mayormente un rol pericial. Esa institución como tal aunque posee convenios, no fomenta la investigación psicológica, por lo que se pensaría que mucho de esa agenda común interinstitucional debe salir y ser promovida por profesionales que pongan en evidencia estas necesidades.

Quizá un tema que deba quedar como insumo de discusión producto de este trabajo, sería preguntarse sobre la voluntad de los y las profesionales en psicología que se desempeñan en ambos campos. La voluntad personal más allá de lo institucional para encontrar puntos de encuentro y desarrollar planes de trabajo, es el punto de partida para



que sus respectivas instituciones adopten propuestas de trabajo e investigación y las estimulen. Ya se apreció que existen muchos puntos de convergencia en los temas que tratan los colegas clínicos y forenses, pero: ¿Qué tanto estamos preparados como profesión para trabajar sobre estos temas de manera conjunta estando en diferentes instituciones? Definitivamente la respuesta a esta interrogante depende más de voluntades de profesionales de diferentes ramas del saber pertenecientes a una misma profesión, por lo cual es factible realizar un acercamiento entre ellas, que a fin de cuentas beneficiará a un país entero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arce, R. Evaluación Forense de la Enfermedad Mental en la Incapacidad Temporal: Simulación y Realidad. España: Universidad de Santiago de Compostela. 2006
2. Arce, R. Fariña, F. 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. 2005
3. Arce, R. y Fariña, F. Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicólogo-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 Diputación de València. 2007
4. Asher, R. Munchausen's syndrome. Lancet, 1,339-341. 1951
5. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Elsevier Masson. Barcelona. 2002
6. Baron, L. El juego de imitación de Turing y el pensamiento humano. Avances en Psicología Latinoamericana; 26, (2), 180-194. 2008
7. Bagby, R. Rogers, R. Buis, T. y Kalembe, V. Malingered and defensive responses styles on the MMPI-2: An examination of validity scales. Assessment, 1, 31-38. 1994
8. Bagby, R. Rogers, R. Buis, T. Nicholson, R. Cameron, S. Rector, N. Schuller, D. y Seeman, M. Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. Journal of Personality Assessment, 68(3), 650-664. 1997
9. Bembibre, J. Higuera, L. 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. 2010
10. Bianchini, K. Greve, K. y Glynn, G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. The Spine Journal, 5, 404-417. 2005
11. Brown, R. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. Psychological Bulletin, 130(5), 793-812. 2004
12. Caja Costarricense de Seguro Social. Reglamento del Expediente de Salud de la Caja. Modificado por la Junta Directiva de la Caja mediante artículo 3º de la sesión Nº 8369, del 6 de agosto del 2009. 1999
13. Caja Costarricense de Seguro Social. 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.
14. Capilla, P, González, H, Santamaría, P. 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.
 15. Carrera, S. Estudio de Confiabilidad y Validez de la Prueba M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms. Tesis. San José; UCR/CCSS. 2005
 16. Cedeño, P. Oviedo, M. 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. 2004
 17. Ching, R. Psicología Forense. Principios fundamentales. Costa Rica: EUNED. 2002
 18. Clegg, C Fremouw, W Mogge, N. 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. 2009
 19. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Código de Ética y Deontológico. San José, Costa Rica. 2010
 20. Código Penal Costa Rica (26va edición). San José, Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas. 2011
 21. Código Procesal Penal Costa Rica (15va edición). San José, Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas. 2011
 22. Coronel, C. La simulación de los actos jurídicos. Bogotá: Nomos. 1989
 23. Cunnien, A. Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press. 1997
 24. Etherton, J. Bianchini, K. Greve, K. y Ciota, M. Test of Memory Malingered performance is unaffected by laboratory-induced pain: implications for clinical use. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 375-384. 2005
 25. Folks, D. Síndrome de Munchausen y otros trastornos facticios. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica*. 2, (1), 261-274. 1995
 26. First, M. Frances, A. Pincus, H. DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico Diferencial. Barcelona. Elsevier Masson. 2006
 27. González, H. Simulación. En: FOCAD. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Duodécima Edición. Madrid. 2011
 28. González, J. La psicología forense judicial-legal: sus orígenes, configuración, funciones, métodos y finalidad. *Revista Judicial*. (9), 142-160. 1986
 29. González, J. 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. 2005



30. Gonzalez, H. Santamaria, P. 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, el 27 enero 2012.
31. Greenfeld, D. Feigned psychosis in a 14-year-old girl. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 73–75. 1987
32. Guriel, J. Fremouw, W. 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. 2006
33. Guy, L. Miller, H. 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. 2004
34. Guy, L. Kwartner, P. Miller, H. Investigating the M-FAST: Psychometric Properties and Utility to Detect Diagnostic Specific Malingering. *Behavioral Sciences & the Law*, 24, 687–702. 2006
35. Hamilton, J. Feldman, M. Cunnien, A. Factitious Disorder in Medical and Psychiatric Practices. En: *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press. 2008
36. Inda, M. Lemos, S. López, A. Alonso, J. La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*. 26, 99-108. 2005
37. Lemos, S. Simulación, engaño y mentira. *Papeles del Psicólogo*. 26, 57-58. 2005
38. Lewis, M. Saarni, C. *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford Press. 1993
39. López, R. Desarrollo de la especialidad de Psicología Clínica en Costa Rica: Perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*. 32, 1. 43-60. 2013
40. Matalobos, B. González, H. Detección de simulación en estrés postraumático y depresión. *EduPsykhé*, 6, (1), 21-47. 2007
41. Millon, T. *Manual of Millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis: NCS. 1993
42. Mittenberg, W. Patton, C. Canyock, E. Condit, D. Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 24, 1094-1102. 2002
43. Miranda, J. Miranda, G. Mora, S. Retana, L. Rojas, M. 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. 2010
44. Mogge, N. LePage, J. 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. 2004
45. Mohino, S. Dolado, J. Arimany, J. Ortega-Monasterio, L. Cuquerella, A. Vilardell, J. Planchat, L. Perfiles psicométricos fingidos en relación con estilos de personalidad en reclusos. *Actas Esp Psiquiatr*; 32(5), 264-268. 2004



46. Muñoz-Céspedes, J. Paul-Lapedriza, N. La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol* ; 32, (8), 773-778. 2001
47. Nies, K. Sweet, J. Neuropsychological assessment and malingering: A critical review of past and present strategies. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 501-552. 1994
48. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Técnicas Graficas Forma. 1992
49. Othmer, E. Othmer, S. La entrevista Clínica. Tomo II. El Paciente Difícil. Barcelona: Masson. 1996
50. Porcel, M. González, R. El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles del Psicólogo*. 26, 109-114. 2005
51. Raine, M. Helping Advocates to Understand the Psychological Diagnosis and Assessment of Malingering. *Psychiatry, Psychology and Law*. 16, (2), 322–328. 2009
52. Resnick, P. Malingering of posttraumatic disorders. In R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 130-152). New York: Guilford Press. 1997
53. Resnick, P, Knoll, J. Psicosis Malingered. En *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press. 2008
54. Ribé, J. Martí, J. Pons, R. *Psiquiatría Forense*. Barcelona; Salvat Editores. 1990
55. Rogers, R. Toward an empirical model of malingering. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-112. 1984
56. Rogers, R. Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (1ª ed., pp. 250-268). Nueva York: Guilford Press. 1988
57. Rogers, R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press. 2008
58. Rogers, R. Bagby, R. Gillis, J. Improvements in the M Test as a screening measure for malingering. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 20, 101-104. 1992
59. Rogers, R. Bagby, M. Dickens, S. SIRS Structured Interview or Reported Symptoms. USA; *Psychological Assessment Resources*. 1992
60. Rogers, R. Cruise, K. 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. 2000
61. Rogers, R. Harrell, E. Liff, C. Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255–274. 1993
62. Rogers, R. Salekin, R, Sewell, K., Goldstein, A, Leonard, K. A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367. 1998



63. Rosenberg, D. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglected*, 11, 547-563. 1987
64. Roman, S. 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. 1999
65. Saborío, C. Estrategias de Evaluación Psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22 (1), 41-63. 2005
66. Samuel, R, Mittenberg, W. 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>. 2006
67. Sendín, M. Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo. Tercera Edición. Madrid; Editorial Psimática. 2007
68. Slick, D. J., Sherman, E. M. & Iverson, G. L. Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561. 1999
69. Tapias, A. Aproximaciones técnico tecnológicas para la evaluación de psicopatología en el medio forense. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 50-56. 2004
70. Tombaugh, T. TOMM Test de Simulación de problemas de memoria. Madrid: TEA. 2011
71. Ustad, K. Assessment of malingering on the SADS in a jail referral sample. 1996
72. Tesis doctoral no publicada, Universidad del Norte de Texas, Denton.
73. Vallejo-Nájera, A. Síndromes Mentales Simulados. Barcelona: Labor. 1930
74. Vitacco, M. Rogers, R. 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. 2005
75. Vitacco, M. Rogers, R. Gabel, J. Munizza, J. An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior*, 31, 249–260. 2007
76. Widows, M. Smith, G. SIMS Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones. 2009