



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

# SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y SU EVALUACIÓN PARA AYUDAR A ESTABLECER INIMPUTABILIDAD

Cristian Mora Víquez\*

### Resumen:

*El profesional en psicología debe conocer sobre la versatilidad que su rol puede tener en diversos contextos, sobre todo cuando se enfrente a una pregunta jurídica como ayudar a determinar dinámicas de simulación para ayudar a decidir sobre inimputabilidad en un sistema de justicia. Por ello se brinda una recopilación bibliográfica basada en el trabajo final de graduación para optar al grado de psicólogo clínico, titulado “Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación psicológica: algunos elementos psicojurídicos y su relación con aspectos clínicos y forenses en el contexto costarricense”, en la cual se reflexiona sobre estos temas.*

*En primera instancia se brindará una ubicación general del rol del psicólogo en estas circunstancias, pasando a describir diversas dinámicas de simulación de síntomas psicóticos que abarcan las concepciones de simulación y como se han registrado en síntomas positivos y negativos. Se brindan ejemplos de sintomatología atípica, extraña o exagerada y se concluye con un resumen de pruebas psicológicas que generan tanto indicadores indirectos como otras que tienen como fin específico detectar simulación de psicosis. Una reflexión final abarca la necesidad integrar estos datos con la revisión exhaustiva de información colateral, escogencia y aplicación adecuada de pruebas psicológica y los cuidados pertinentes al describir dinámicas de simulación en una persona, por las delicadas implicaciones que conllevan su diagnóstico.*

### Palabras clave:

*Simulación psicosis, trastorno facticio, psicología forense, pruebas*

### Summary:

A professional in psychology should know about the versatility that his or her role can have in various contexts, especially when faced with legal treatments as helping to determine dynamic simulation throughout the insanity justice system. Therefore, it provides a bibliography based on the final graduation to obtain the degree of clinical psychologist, entitled “Simulation of psychotic

\* Investigador Criminal y Especialista en Psicología Clínica Universidad de Costa Rica-CENDEISSS. Especialista en Psicología Clínica de la Sección de Apoyo Psicológico Operacional del Organismo de Investigación Judicial, San José, Costa Rica.

Correspondencia al email: cmorav@poder-judicial.go.cr

**Recibido para publicación: 29 de Octubre de 2013. Aceptado: 15 de diciembre de 2013**



symptoms and psychological assessment: psycho-legal elements and their relationship to clinical and forensic on costarrican context “ in which we go on reflection on these kind of issues.

First of all, we provide a general placement of the role as psychologists in these circumstances, reviewing and describing various dynamic simulations of psychotic symptoms that include the concepts of simulation and are reflected in positive and negative symptoms.

Examples are given of atypical symptoms, strange or exaggerated and conclude with a summary of psychological tests that generate both indirect indicators and others that are designed to detect specific simulation of psychosis. One final thought concerns the need to integrate these data with an exhaustive review of collateral information, choice and proper application of psychological tests and appropriate care dynamics simulation to describe a person, by the delicate implications involving diagnosis.

### Keywords:

*Malingering, factitious disorder, forensic psychology, psychological test.*

## Introducción

Para González y Santamaría (2008) la simulación se presenta con mayor medida en valoraciones de discapacidad en lesiones corporales (30%), en comparación a psicopatologías en ámbitos forenses (17,4%). En tanto Capilla, González y Santamaría (2009) encontraron que las patologías más susceptibles de simulación en contextos médico-legales (para gestionar incapacidades o pensiones) se relacionaban con dolor crónico y trastornos emocionales; siendo que discapacidad relacionada con trastornos mentales y enfermedades físicas para reducir o eliminar responsabilidad legal prevalece en contextos forenses criminales (ámbito en que se centrará el presente trabajo).

El Código Penal de Costa Rica (artículo 42) señala como inimputable a quien en el momento de la “acción u omisión”, no pueda comprender el carácter ilícito del hecho a causa de enfermedad mental o grave perturbación de la conciencia (Costa Rica, leyes y decretos, 2011).

Al ser vital determinar la capacidad mental de las personas, el Código Procesal Penal (artículo 87) establece un “Examen Mental Obligatorio” para establecer capacidad de culpabilidad. Así determinar la existencia de un trastorno mental mayor como la psicosis es importante, ya que su diagnóstico puede generar una declaración de inimputabilidad.

El artículo 86 del Código Procesal Penal costarricense establece: “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”. Esta tarea recae actualmente en las secciones de Psicología-Trabajo Social y en la Sección de Psicología y Psiquiatría Forense, ambas del Poder Judicial. Pero también se solicitan pericias al Hospital Nacional Psiquiátrico, que desde el 2011 creó el “Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley” (CAPEMCO), lugar que alberga personas con medidas de seguridad curativas (tratamiento) o cautelares (en la cual se solicitan pericias para establecer inimputabilidad). Para ayudar a responder la pregunta legal de una posible inimputabilidad, es necesario conocer ciertas dinámicas presentes en la simulación de síntomas psicóticos, aspectos que se pretenden describir tanto en su concepción teórica como en las técnicas de evaluación psicológica que se utilizan para su detección.



## MARCO TEÓRICO

### *La simulación según Richard Rogers.*

En contextos de poca voluntariedad por parte del evaluado, existe posibilidad de distorsiones deliberadas de la auto-representación. Por ello Rogers (1984) planteó cuatro formas de respuestas que se pueden presentar en pacientes psiquiátricos con estas condiciones:

- Respuestas de estilo fiable: Personas que presentan síntomas de forma real, los reportan y revelan de manera honesta.
- Respuestas de estilo irrelevantes: Individuos que responden inconsistente y aleatoriamente por desinterés, falta de comprensión, interferencias psicóticas o intentos de fingir confusión.
- Actitud Defensiva: Quienes deliberada y acentuadamente niegan y minimizan síntomas físicos o psicológicos, lo que implica un proceso consciente de distorsión deliberada.
- Simulación: Fabricación deliberada o exageración grave de síntomas físicos o psicológicos, cuyas metas externas los distinguirían de los trastornos facticios (en estos últimos se busca exclusivamente asumir un rol de paciente).

Al ser difícil distinguir la simulación basándose solamente en la motivación que la genera, se proponen dos términos descriptivos del estilo de respuesta:

- La disimulación: Estilo de respuesta en que deliberadamente se distorsionan o tergiversan síntomas. A diferencia de los defensivos y simuladores, la distorsión no parecería encajar en un patrón coherente.
- Falta de fiabilidad: Descripción generalizada de auto-reportes distorsionados e inexactos, sin poder conocerse las razones de esa incoherencia, lo que provoca imposibilidad de realizar juicios respecto a su intencionalidad.

Otro aspecto que ha dificultado el entendimiento del fenómeno de la simulación, son los modelos explicativos pre-existentes en que se contextualiza su dinámica, los cuales se pueden agrupar en tres tipos:

<b>Cuadro 1: Modelos Explicativos de simulación .</b>	
<b>Tipo de Modelo</b>	<b>Características esenciales:</b>
<b>Patogénico</b>	Relaciona simulación con procesos inconscientes que podrían manifestarse en deterioro futuro y un genuino desorden mental.
<b>Criminológico</b>	Existiría personalidad psicopática en la simulación y estos serían los mayores sospechosos de cometerla. Los simuladores y disimuladores serían patológicos o desorientados.
<b>Adaptacional</b>	Simular sería un intento constructivo de responder a circunstancias adversariales; simular se basaría en expectativa utilitaria en relación a otras alternativas, evitándose énfasis psicodinámicos o acentuación de aspectos antisociales.

**Fuente 1: Basado en Rogers (1984, 1988, 2008)**



La simulación al ser más que un fenómeno todo o nada y al trascender lo patológico y lo moral, debe visualizarse como un fenómeno complejo y con multiplicidad de variables. Es por ello que para su análisis psicológico se proponen criterios específicos para clasificarla, que incluirían tanto un patrón de síntomas auto-reportados e información colateral en la que la motivación individual para fingir no sea exclusivamente el deseo de tener un rol de paciente. Para Matalobos y Gonzáles (2007) el modelo adaptacional de Rogers analiza coste-beneficios presentes en situaciones de relevancia personal, como lo serían enfrentarse a procesos legales y llegar a tener una consecuencia aversiva de los mismos.

Teniendo en cuenta que las conductas y los relatos de síntomas simulados responden a construcciones complejas de quien las emite, se iniciará la descripción de una serie de indicios que han sido señalados por múltiples autores como elementos de simulación. Ello con el afán de que el lector pueda tener insumos para ir recopilando indicadores que deben complementarse con información colateral y resultado de las pruebas utilizadas en la evaluación.

#### *Dinámicas e indicios de conductas de simulación.*

Según Jiménez y Sánchez (2004) se tiende a simular síntomas aislados y de corta duración (falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos e hipocondrías), siendo raro simular síndromes psicológicos completos por desconocimiento de detalles o coherencia de la patología. Por ello suele encontrarse como evidencia de la simulación una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas de varias enfermedades y falta de coherencia sintomatológica.

Un persona que simula puede adoptar una actitud pasiva y de inhibición comportamental, negándose a realizar cualquier actividad alegando enfermedad y llevando al extremo la pasividad (hasta tornarse "catatónicos"); por otra parte simuladores activos manifiestan cualquier tipo de actividad desproporcionada, desordenada e incoherente (gritos, gestos, agresiones, comportamientos ridículos, gesticulaciones extravagantes) con contestaciones absurdas e ilógicas.

Hamilton, Fedman y Cunnien (2008) brindan otros ejemplos:

- Esquizofrénicos han demostrado capacidad de representarse como enfermas o sanas en función de sus objetivos (es decir, personas con una patología real pueden sobredimensionar su enfermedad, o incluso simular otras).
- Las motivaciones son diversas, abarcando desde evitar el dolor o problemas legales, hasta obtener indemnizaciones o medicamentos.
- La co-ocurrencia (que alucinaciones se asocien con delirios) tienen una mayor propensión a ser intermitentes en simuladores.
- Alucinaciones relacionadas con alcohol cesan al detener el consumo y se caracterizan por ser muy vívidas. Las más comunes son las auditivas en forma de ruido, música y voces ininteligibles; con temas variados que abarcan temas espirituales, persecución o instrucciones de asuntos cotidianos. Se suelen presentar difamaciones, reclamos o amenazas, generando temor y siendo reconocidas como irreales posterior a la crisis (duración aproximada de una semana o menos).
- La "simulación de mutismo" se presenta como un síntoma solitario o parte de una psicosis simulada. El mutismo genuino ocurre con o sin catatonía y se reconoce por presencia de ciertas posturas, negativismo, obediencia automática, flexibilidad cérea y otras características de la esquizofrenia. El mutismo sin catatonía se observa en esquizofrénicos paranoides, o crónicos con aislamiento por largos



periodos de tiempo. Etiologías médicas incluirían enfermedades neurológicas, lesiones en la cabeza, encefalitis por herpes, sífilis terciaria, lesiones del lóbulo frontal, estado postictal, mutismo acinético y encefalopatía de Wernicke.

- Los delirios (fenómenos aparejados a alucinaciones en cuadros genuinos de psicosis) involucran temas como enfermedad (delirios somáticos), grandiosidad, celos, amor (erotomanía), persecución, religión y ser poseído. Los sistemas delirantes reflejarán el nivel de inteligencia en términos de complejidad y sofisticación; así delirios nihilistas se asocian con pobreza y enfermedad y los relacionados con culpa a depresión. Para delirios genuinos, el contenido más extraño se asocia con pensamiento desorganizado; en demencias reales como Alzheimer involucran creencias paranoides sobre los cuidadores, robar o ser engañados, depresión, anosognosia, agresión y agitación.

Pollock (1998) al realizar preguntas detalladas sobre alucinaciones brindó claves para determinar simulación, encontrándose que quienes engañaban sobre su psicosis eran más propensos a presentar:

- Alucinaciones de forma vaga e incomprensible; utilizaban pocas palabras y las describían como si se fueran continuas (con más de una hora de duración).
- Deterioro incontrolable e insoportable de las mismas.
- Alucinaciones que brindaban órdenes con mayor frecuencia, a las cuales obedecían en relación a la comisión de delitos.
- Ausencia relativa de otros síntomas psicóticos (como ideas delirantes).
- Alucinaciones fingidas y atípicas de tipo olfativo y táctil (las alucinaciones olfativas se asocian significativamente con engaños).

Además de los aspectos citados, es esencial tener en cuenta la evolución clínica en aspectos como el tratamiento farmacológico, ya que la mejora inmediata es poco probable (el tiempo promedio para alcanzar mejoría de alucinaciones con medicación antipsicótica es de 27 días; Gundez-Bruce et al, 2005).

#### *Simulación de Síntomas Positivos.*

Adentrándose en las dinámicas de simulación de la psicosis, respecto a las alucinaciones auditivas, Goodwin et al (1971) estudiaron fenomenología genuina con 116 pacientes. La mayoría escuchaba voces de ambos sexos (75%) y de personas conocidas y desconocidas (88%), escuchando voces tanto interna como externamente. Contrario a estas características genuinas, las alucinaciones auditivas son raramente vagas (7%), inaudibles o con mensajes poco claros. Alucinaciones originales poseían una amplia gama de intensidad (de susurros a gritos); en contraste las simuladas fueron inverosímiles o altisonantes (Pollock, 1998).

Los temas de las alucinaciones en esquizofrenia real fueron de aspectos persecutorios, voces amenazantes, obscenas, acusatorias e insultantes (Sadock y Sadock, 2003) así como ego-distónicas con comentarios despectivos e insultos (con palabras como “puta” en mujeres y referidos a la masculinidad en hombres). Estas alucinaciones se simulan menos por su contenido estigmatizante.

Las alucinaciones visuales reales se describen de tamaño normal, suelen verse personas en colores siendo ocasionales las personas pequeñas (“liliputienses”), ya que estas se asocian con alcohol y enfermedades orgánicas (Cohen, Alfonso, y Haque, 1994) y psicosis por toxicidad anticolinérgica.



Este tipo de alucinaciones no cambian si los ojos están cerrados o abiertos, en tanto las inducidas por drogas se observan más fácilmente con los ojos cerrados. Alucinaciones sin forma como destellos de luz, sombras u objetos en movimiento se asocian con enfermedades neurológicas y abuso de sustancias (Cummings y Miller, 1987) y en personas mayores de 60 años son indicativos de patología ocular como cataratas (Beck y Harris, 1994).

Alucinaciones por trastornos médicos generales o neurológico se distinguen de la esquizofrenia por mayor prevalencia de alucinaciones visuales y menor presencia de trastornos del pensamiento, comportamiento extraño, síntomas negativos y habla rápida (Cornelius et al 1991). Ciertos síndromes neurológicos pueden producir alucinaciones visuales complejas cuyas causas más comunes son trastornos epilépticos, lesiones del tronco cerebral y de las vías ópticas.

Otras alucinaciones que son poco frecuentes en pacientes psicóticos, pero si se presentan de manera más apreciables en personas con patología cerebral real son de contenido musical. Ciertas alucinaciones táctiles se presentan en psicosis inducida por cocaína e implican sensaciones de irritación cutánea o subcutánea. Otras alucinaciones cenestésicas (sensaciones infundadas de los estados alterados en órganos corporales) son de naturaleza extraña, lo que la convierte en una modalidad poco probable se fingirse.

#### *Otras dinámicas a tomarse en cuenta respecto a la simulación.*

Un aspecto que se constituye como un buen indicador de simulación, es el conocimiento inadecuado o incompleto de los trastornos fingidos, por ello se tiende a actuar un menor número de síntomas y creer que cuanto más extraño sea el comportamiento, más convincente la demostración de la supuesta psicosis. Los trastornos formales del pensamiento presentes en la psicosis (la perseverancia, descarrilamiento, neologismos y "ensalada de palabras") además de los síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia) rara vez se simulan.

Las estrategias de afrontamiento son importantes, ya que los síntomas reales tienden a disminuir cuando hay distracciones con otras actividades. Relatos referidos a la intensificación de alucinaciones reales indican aumento cuando las personas se encuentran solas, empeorando con el uso de la radio y la televisión (Leudar et al., 1997).

Para Resnick y Knoll (2008) se debe considerar simulación cuando se alega un impulso repentino o irresistible de tipo obsesivo, ya que es extremadamente improbable que un impulso pueda ser incontrolable en su primera aparición; los impulsos incontrolables genuinos se caracterizan por persistencia patológica de un pensamiento o sentimiento ego-distónico. Granacher y Berry (2008) consideran que los simuladores pueden presentarse con quejas fingidas en 3 formas, ya sea con presentaciones de falsas señales y síntomas cognitivos o neuropsicológicos; presentación de falsos signos y síntomas psiquiátricos o bien presencia de falsos signos y síntomas somáticos. Para ello los simuladores echarían mano de las siguientes estrategias:



### Cuadro 2: Estrategias usadas por simuladores.

Estrategias	Características
Síntomas “realistas”	Se utiliza “sentido común” para simular lo que se cree es deterioro cognitivo de personas con discapacidad real.
Distribución errores.	Se cometen errores deliberados en evaluación; cognitivamente se 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
Limitado uso disminuye	La velocidad del pensamiento y esfuerzo que se puede brindar capacidad. deliberadamente.
Empleo de	Los simuladores pueden emplear cambios afectivos como parte de su estilo errante a estrategia de simulación. La depresión o el trastorno de estrés nivelafectivo postraumático pueden ser comunes en este ámbito, siendo las presentaciones de síntomas físicos un desafío diagnóstico particular.

**Fuente 2: Tomado de Granacher y Berry (2008)**

Es apreciable como “simular” puede tomar múltiples particularidades, muchas de las cuales se pueden dilucidar en el transcurrir de una observación conductual y entrevista, pero como se ha insistido, es menester profundizar dicho análisis con la aplicación de pruebas y la evaluación de otros elementos. A continuación se brindarán aspectos que se pueden tomar en cuenta en estas otras áreas de la pericia psicológica.

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

Para personas que intentan simular en contextos legales, Arce (2006) presenta el siguiente perfil:

- La simulación es más frecuente en hombres entre 24 y 56 años.
- El nivel sociocultural del simulador suele ser bajo.
- Las personas suelen ser generalmente oportunistas y cambiantes.
- Sus ingresos hospitalarios son escasos y de baja duración.
- Rechazan evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente.
- Existe perturbación consciente, con control voluntario de la sintomatología.

Con los citados elementos, se podrían perfilar un grupo amplio de personas que no representarían necesariamente a todo el espectro de personas que incurrir en intentos de simular . Por ello a pesar de



tener en cuenta este importante insumo, se continuará profundizando en dinámicas y particularidades que deben tomarse en cuenta para describir dinámicas de simulación.

Rogers (2008) brinda recomendaciones para valorar integralmente trastornos mentales fingidos, trascendiendo lo observable de la conducta:

- Apreciar síntomas extraños o “raros”: Adoptar un enfoque multimodal de pruebas y utilizar entrevistas estructuradas para simulación (como la Entrevista Estructurada de Reporte de Síntomas: SIRS).
- Al ser los síntomas extremos o improbables una forma dramática de representar sintomatología, para algunos simuladores puede ser absurdo intentar realizarlos. Por ello se deben examinar síntomas improbables o extremos como una prueba de fingimiento extrema.
- Las combinaciones de síntomas y patrones espurios de psicopatología ofrecen un enfoque para analizar relaciones entre síntomas y características asociadas.
- Analizar “Lo reportado vrs lo observado” y los “estereotipos erróneos”, por su consistencia y eficacia para detectar simuladores sofisticados.

Rogers (2008) cita otras dos estrategias derivadas del SIRS que complementan un escrutinio de la simulación: la observancia de síntomas reportados que difieren cualitativamente de los síntomas originales; así como el uso de síntomas excesivamente especificados. Esta estrategia debería ser complementada por el soporte evaluativo recomendado (revisión de información colateral, entrevistas al evaluado y personas pertinente para la peritación, aplicación de pruebas psicológicas), así como no escatimar en estrategias de valoración, ya que todas las medidas son vulnerables al fingimiento; por ello una evaluación completa debe incluir estrategias múltiples de detección.

Los insumos descritos para ampliar el bagaje de quienes abordarán casos de simulación debe complementarse con instrumentos pertinentes que ayuden a sustentar las conclusiones sobre esta dinámica particular. Por ello se incluye un breve apartado sobre pruebas que pueden generar insumos para determinar simulación.

#### *Pruebas psicológicas que brindarían indicios de simulación.*

Si bien en múltiples pruebas psicológicas pueden utilizarse algunos indicadores para advertir elementos de simulación, ya sea por la forma de respuesta o tipo de rendimientos en las mismas, en el presente trabajo se reseñarán en primera instancia, diversas pruebas de personalidad pueden bosquejar algunos elementos de simulación, para dar paso posteriormente a pruebas que se abocan específicamente al tema de la simulación de psicosis.

En cuanto a personalidad, pruebas como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II), el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI III) o el Psychopathic Checklist Revised (PCL-R) reseñan una serie de aspectos importantes, como lo son:



Cuadro 3: Resumen pruebas personalidad y elementos de simulación.

<b>Nombre</b>	<b>Prueba Tipo</b>	<b>Indicadores Simulación.</b>
MMPI-II	Autoinforme	Índices F, FB, F-FB,L, K, FK, FP, FBS, O-S, PK, S.
MCMI III	Autoinforme	Índices DIS (revelación) y DEB (falsificación). Índices NIM (impresión negativa), RDF (función
PAI	Autoinforme discriminante)	MI y MAL (índices simulación). Inventario de Análisis cuantitativo total del área "mentira
PCL-R		Personalidad patológica"; apreciación cualitativa en activación fisiológica al mentir, exageración de síntomas.

**Fuente 3: Elaboración propia.**

Asimismo gran diversidad de pruebas pueden generar indicadores indirectos de simulación de sintomatología psicótica variada. Algunos ejemplos que no pretenden ser exhaustivos (ni que tampoco incluyen simulación de problemas de memoria, que en ocasiones se incluyen como síntomas positivos pero que para efectos del presente artículo no se consideraron), son los siguientes: (ver cuadro 4)



**Cuadro 4: Resumen de otras pruebas que brindan indicios de simulación.**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>	<b>Usos</b>	<b>Indicios Simulación</b>
<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>	Auto informe	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 Malingering Scale</b>	Auto informe	Simulación deficiencia mental y locura	Detecta síntomas raros e improbables, pero se le han señalado déficit metodológicos relativos a la selección sesgada de la muestra original y la longitud de la prueba (150 ítem).
<b>Inventario Depresión</b>	Auto informe	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.

***Fuente 4: Elaboración propia.***



Para la valoración específica de simulación de síntomas psicóticos, se describirán tres pruebas que se utilizan ampliamente en el contexto costarricense. Lo anterior con fines descriptivos y rescatando únicamente algunos de los múltiples aspectos que ofrecen.

#### *La Miller Forensic Assessment of Symptoms (M-Fast).*

Derivada de la SIRS, mide estilos de respuesta para la distinción precisa entre estilos honestos, deshonestos o simulados de respuesta (Guriel y Fremouw, 2006), detectando simulación de psicopatología general. Para su aplicación debe verificarse capacidad cognitiva para comprender los ítems y evitarse condiciones de agitación extrema o marcada incoherencia en el evaluado, recomendándose aplicación con cautela en adolescentes. Diseñada para personas de ambos sexos, mayores de 18 años y de cualquier etnia o contexto social, ha sido validada en contextos clínicos y forenses (Miller, 2001). Se compone de 25 preguntas que se administran entre 5 y 10 minutos, con un punto de corte de  $\geq 6$  para sospechar simulación (Smith, 2008). Las respuestas se operacionalizan en las siguientes escalas:

- Reportado vs observado: compara la descripción de la experiencia con la conducta actual.
- Sintomatología extrema: mide síntomas reportados como extremos en comparación con síntomas típicos de por pacientes psiquiátricos.
- Combinaciones extrañas: interpretación síntomas que no suelen aparecer juntos.
- Alucinaciones inusuales: síntomas poco frecuentes en pacientes psiquiátricos.
- Curso inusual del síntoma: percepción del curso de enfermedad en la persona.
- Imagen negativa: evalúa si se tiene una imagen o percepción extremadamente negativa de sí mismo, poco común en poblaciones psiquiátricas. Se tiene 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.

Para Guy, Kwartner y Miller (2006) el M-Fast es atractivo al generar en corto tiempo elementos sobre simulación que se deben profundizar. En población costarricense se utilizó en un estudio de personas que solicitaba pensión por invalidez (Carrera, 2005).

#### *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS).*

Widows y Smith (2009) desarrollaron esta prueba de autoinforme, con 75 ítems modalidad de respuesta verdadero-falso que brinda información de variados síntomas psiquiátricos y neuropsicológicos simulados (Smith, 2008). El SIMS se utiliza con mayores de 18 años y brinda elementos referidos a:

- Psicosis (15 ítems): Síntomas inusuales, extravagantes y atípicos de psicosis.
- Deterioro neurológico (15 ítems): Síntomas ilógicos o 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.

González y Santamaría (2008) indican estudios sobre fiabilidad y convergencia del SIMS con pruebas como el MMPI-2 y el MCMI-III en España. En un estudio con 229 personas asignados a dos grupos: “respuesta honesta” y “simuladores”, los “simuladores” puntuaron más elevado que el grupo control en todas las escalas, respondiendo con exageración para reflejar “su peor imagen” (el SIMS correlacionó significativamente con el Índice Global de Gravedad o Índice Sintomático General del SCL-90-R; Edens, Otto y Dwyer, 1999).

El SIMS no se recomienda para discapacitados graves ni más allá de su propósito como screening para simulación, ya que para una determinación definitiva de esta se sugieren valoraciones más exhaustivas como el SIRS, siendo necesario el complemento de múltiples fuentes de información colateral. La Entrevista Estructurada de Reporte de Síntomas (SIRS).

Ideada por Rogers, Bagby y Dickens (1992), valora por medio de 172 elementos simulación, disimulación, datos sobre fingimiento (simulación y desordenes facticios con síntomas psicóticos) y tipos de respuesta honesta, generando evidencia preliminar de respuestas inconsistentes y de cómo se está fingiendo. Sus escalas son: (Ver cuadro 5)



### Cuadro 5: Descripción de escalas del SIRS.

Escala e ítems que la conforman	Descripción
<b>Escalas Primarias</b>	
Síntomas raros (8)	Que ocurren de forma poco frecuente en personas con síntomas genuinos.
Combinación de Síntomas (10) raramente	Ítems pares de problemas psiquiátricos que ocurren simultáneamente.
Síntomas improbables o absurdos (7)	Que tienen una fantástica o absurda calidad, que los hace incapaces de ser reales.
Síntomas Evidentes (15)	Que incluso sujetos no entrenados son capaces de identificar como signos obvios de una enfermedad mental grave
Síntomas sutiles (17)	Que personas no entrenadas asocian con problemas cotidianos o menor desajuste en comparación a una enfermedad mental grave.
Síntomas Selectivos (32)	Combinación de síntomas evidentes y sutiles e indica aval no selectivo o indiscriminado de problemas psiquiátricos.
Síntomas Severos (32)	Consiste en que síntomas evidentes y 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>	
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 contenidos en síntomas evidentes y los sutiles, repetidos como medida de reporte disonante. La escala está basada en el número de disparidades entre las iniciales y subsecuentes administraciones de ítems.

**Fuente 5. Basado en Rogers et al (1992)**



Las ocho escalas primarias se basan en estrategias útiles en la discriminación clave de trastornos fingidos respecto a los genuinos, representando este instrumento una mejora sobre otros métodos de valoración por su validación a través de la integración de la simulación en grupos de diseño establecidos, con tasas de clasificación óptimas del fenómeno replicado en otros estudios.

Guy, Kwartner y Miller (2006) lo consideran un instrumento validado por su diseño y capacidad para distinguir a sujetos con enfermedad mental genuina de quienes pretenden fingirla. Sus propiedades psicométricas poseen adecuado respaldo, logrado comprobar su complementariedad y coherencia conceptual, al utilizarse con otras pruebas como lo reflejan los siguientes estudios:

- El MMPI-2: Gassen, Pietz, Spray, y Denney (2007), Lewis, Simcox, y Berry (2002); McCusker, Moran, Serfass y Peterson (2003).
- El PAI: Boccaccini, Murrie, y Duncan (2006) y Kucharski, Toomey, Fila y Duncan (2007).
- El SIMS: Lewis, Simcox y Berry (2002); Vitacco, Rogers, Gabel y Munizza (2007), Clegg, Fremouw y Mogge (2009)
- El M-FAST: Guy y Miller (2004), Jackson, Rogers y Sewell (2005), Miller (2004, 2005); Vitacco, Rogers y sus colegas (2007).

## DISCUSIÓN

Un proceso de evaluación consiste en diversas etapas: recabar exhaustivamente información de diversas fuentes colaterales, realizar entrevistas y aplicar pruebas psicológicas para así obtener insumos que sustenten un informe. El paso previo a todo ello es tener clara cual es la consulta legal que da pie a la evaluación, y sobre todo el tener en cuenta cuales son los alcances y las limitaciones que se posee como científico para responder a dicha consulta.

En un tema complejo como evaluar posibilidad de simulación de psicosis, el rubro de la información colateral debe reunir elementos clínico-psiquiátricos que permitan ver dinámicas esenciales, como lo son evolución de los trastornos e historial hospitalario.

El evaluador antes de realizar la entrevista debe poseer un manejo de las dinámicas de simulación, teniendo en cuenta aspectos como los que se han citado en el presente trabajo; sin ello el proceso de observación conductual y entrevista naufragaría irremediadamente.

La escogencia adecuada de pruebas que brinden insumos necesarios para complementar la información es vital. Para disminuir los sesgos evaluativos, se deben seleccionar pruebas que la literatura científica haya reconocido como válidas y confiables en diversos contextos. Para evaluar simulación de síntomas psicóticos se recomienda utilizar pruebas diseñadas específicamente para tales fines, las cuales comprenden desde screening (M-FAST) hasta pruebas como el SIMS o el SIRS las cuales profundizan y describen dinámicas particulares de la simulación (en las cuales debe también profundizarse con investigaciones costarricenses ya que su uso se ha extendido y no se conocen resultados con nuestra población).

La conjunción de estos factores, junto al nivel crítico y analítico del evaluador, puede ayudar a facilitar la toma de decisiones periciales respecto a este complejo tema.



## CONCLUSIÓN

El indicar una dinámica de simulación en un contexto legal posee vital importancia, por lo que se deben asumir cuidados especiales al respecto. Tombaugh (2011) ilustra con algunos motivos, el porqué se deben extremar cuidados a la hora de emitir una opinión sobre posibilidad de simulación en un informe psicodiagnóstico:

- Diagnosticar simulación es uno de los juicios clínicos más peyorativos. Hacerlo sin certeza puede generar secuelas negativas que afecten la vida del usuario.
- La confirmación de este diagnóstico es 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.
- Simular no excluye coexistencia simultánea de síntomas genuinos.
- Simular en un momento dado no determina que esa dinámica vaya a ocurrir siempre, ya que puede ser circunstancial. Por ello no puede considerarse un rasgo de personalidad.

El autor reflexiona que un informe de posible simulación debe indicar intencionalidad, así como tipo y grado de distorsión presentes. Asimismo debería tratar de ser más factual que acusatorio, expresando existencia de inconsistencia de resultados que permitan dar un diagnóstico, o bien que los resultados obtenidos no sean consistentes con un diagnóstico conocido o con las quejas actuales. Se señala que si las dinámicas evaluadas generan dudas, se debe indicar este tipo de vacío, en lugar de señalar que una persona “está simulando”.

Un elemento final: establecer la existencia de simulación no es un fin en sí mismo. La decisión legal de establecer inimputabilidad es tomada por los administradores de justicia, por lo que la psicología debe tratar de describir y explicar las dinámicas subyacentes de las conductas analizadas, para tratar de desenmarañar los actos que fueron objeto de una pregunta legal. Las competencias de la psicología llegan hasta ese punto, pero otra gran responsabilidad es tratar de educar sobre los alcances y limitaciones que la ciencia psicológica tiene para responder a ciertas preguntas, sobre todo cuando se trata de interrogantes de tipo legal.

## REFERENCIAS

- 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.
- Aldea, M (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 411-436.
- Arce, R (2006). Evaluación Forense de la Enfermedad Mental en la Incapacidad Temporal: Simulación y Realidad. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Beck, J; Harris, M (1994). Visual hallucinations in non-delusional elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 531-536.
- 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.



- 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.
- Carrera, S (2005). Estudio de Confiabilidad y Validez de la Prueba M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms. Tesis. San José; UCR/CCSS.
- 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.
- 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, Alfonso, C, Haque, M. (1994). Lilliputian hallucinations and medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 16, 141–143.
- Cornelius, J., Mezzich, J., Fabrega, H., Cornelius, M., Myer, J., & Ulrich, R. (1991). Characterizing organic hallucinosis. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 338–344.
- Cummings, J, Miller, B (1987). Visual hallucinations: Clinical occurrence and use in differential diagnosis. *Western Journal of Medicine*, 146, 46–51.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Granacher, R, Berry, D (2008). Feigned Medical Presentations. En: *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.
- 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.
- Guy, L, Miller, H. (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.



- Jackson, R. Rogers, R, Sewell, K (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 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.
- 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.
- 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, 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.
- 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.
- Matalobos, B. González, H (2007) Detección de simulación en estrés postraumático y depresión. *EduPsykhé*, 6, (1), 21-47.
- 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.
- 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.
- Pollock, P. (1998). Feigning auditory hallucinations by offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 305–327.
- Resnick, P, Knoll, J (2008). Psicosis Malingered. En *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition. New York: The Guilford Press.
- 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.
- Sadock, B. Sadock, V (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia:



Lippincott Williams & Wilkins.

- 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.
- 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.
- Widows, M. Smith, G (2009). SIMS Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones.