

LA SIMULACIÓN DE DISFUNCIÓN
NEUROCOGNITIVA EN EL CAMPO
DE LA NEUROPSICOLOGÍA FORENSE.
Aproximaciones teóricas

— α —

MALINGERING NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTION
IN THE FIELD OF FORENSIC NEUROPSYCHOLOGY.
Theoretical approximations

Isabel Cristina Puerta Lopera*, Juan Diego Betancur Arias**
y Jorge Alfredo Herrera Pino***

* Magíster en Neuropsicología, Universidad de San Buenaventura. Investigadora Grupo Internacional de Investigación Neuroconductual (GIINCO), Universidad de San Buenaventura, Universidad del Norte. icpuerta@une.net.co

Correspondencia: Cra 56C N° 51-90, Medellín-Colombia

** Estudiante de Psicología, Universidad de San Buenaventura. Semillero Internacional de Investigación Neuroconductual (SINNCO), Universidad de San Buenaventura, Universidad del Norte. juan.ar@une.net.co

*** Doctor en Neuropsicología, Wayne State University. Investigador Grupo Internacional de Investigación Neuroconductual (GIINCO), Universidad de San Buenaventura, Universidad del Norte. jherreramphd@gmail.com

Resumen

Se presenta una revisión teórica de aspectos cruciales en el peritaje neuropsicológico que permita evaluar y detectar la posible Simulación de Disfunción Neurocognitiva (SDN) en ambientes jurídicos-legales. En los últimos años la neuropsicología ha aportado un gran número de estudios relacionados con la exageración o desproporción de síntomas cognitivos motivados por incentivos externos y este conocimiento brindará la oportunidad de una actuación relevante de los neuropsicólogos en el Sistema Penal Acusatorio colombiano, de tal manera que se pueda contribuir con la administración de la justicia con aportes científicos y claramente delimitados en el campo de la neuropsicología forense (Doerr & Carlin, 1991), de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos para la detección de la simulación contemplados en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales-IV (APA, 1994) y por Slick, Sherman e Iverson (1999).

Palabras clave: Simulación, disfunción neurocognitiva, neuropsicología, forense.

Abstract

In this article, a revision of the fundamental theoretical issues in neuropsychological expert witness participation are explored with particular emphasis on the evaluation and detection of possible Malingering Neurocognitive Dysfunction (MND) in forensic settings. Within the past few years, the field of neuropsychology has produced an ample number of studies related to the exaggeration and disproportionate reporting of neurocognitive symptoms motivated by external incentives and it is this knowledge that will allow neuropsychologists to participate in a meaningful way in the Colombian Accusatory Penal System. This is made in such a way as to allow a contribution to the administration of justice with scientific information that is clearly within the field of forensic neuropsychology (Doerr & Carlin, 1991), according to the criteria for the identification of malingering set forth in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (APA, 1994) as well as Slick, Sherman e Iverson (1999).

Keywords: Malingering, neurocognitive dysfunction, neuropsychology, forensic.

INTRODUCCIÓN

La evaluación y el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos que efectúan los profesionales de la psicología a un paciente que, de manera honesta y precisa, auto-reporta sus síntomas cuando acuden en busca de tratamiento por el malestar que les genera en las áreas personales, sociales, familiares, laborales o académicas, alguna patología psicológica y/o psiquiátrica, es conocida como Psicología Clínica. Incluso el paciente puede ser “defensivo” o “resistente”, pero usualmente quiere brindar cualquier información que sea necesaria para recibir la ayuda que busca de su propio tratamiento. La interpretación de los resultados de la información obtenida se basa en la premisa de que el paciente es un participante voluntario del proceso (Rogers, 1988).

Ahora bien, cuando se aplican estos conocimientos en asuntos legales, y el foco de la evaluación es asistir a los tribunales —y no al presunto acusado—, el psicólogo es invitado a dichas instancias, de acuerdo con Otto y Helbrum (2002), con varios propósitos, entre los que se encuentran detectar el posible engaño o la simulación de alguna Disfunción Neurocognitiva por parte del acusado; valoración del estado mental del presunto criminal; determinación de la competencia para llevar a un individuo a juicio; predicción de agresión, violencia o peligrosidad para la sociedad por parte de un individuo; apoyo para una defensa por problemas de salud mental del acusado, y elaboración de perfiles de criminales, entre otros (Schretlen, Neal & Lesikar, 2000; Alonso, 2001; Essing, Mittenberg, Petersen, Strauman & Cooper, 2001). Esta actividad aplicada es denominada Psicología Jurídica o Forense.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Neuropsicología Forense o Jurídica se refiere, entonces, a la aplicabilidad del conocimiento de la neuropsicología al área jurídica, es decir, profundiza en el estudio de la relación cerebro-conducta que pueda explicar determinados comportamientos en personas que de algún modo poseen compromisos tanto cerebrales como legales (Meyers & Volbrecht, 2003). Si bien esta actividad es fundamental para clarificar legalmente algunas de las conductas en personas que han sufrido daño cerebral, en nuestro medio aún no se posee la relevancia

y el reconocimiento necesario, teniendo en cuenta que el desarrollo del psicólogo jurídico es relativamente reciente en Colombia. Por lo tanto, el sistema legal no ha tenido la ocasión de incorporar todas las posibles contribuciones que este profesional (psicólogo o neuropsicólogo) estaría en la capacidad de aportar a las actividades propias y relacionadas con la administración de la justicia (Vargas & Beltrán, 1993; Cates, 1999).

En este punto es necesario diferenciar entre dos conceptos usados comúnmente como paralelos y sinónimos: Jurídica y Forense. La Psicología Jurídica es definida como aquel sector de la psicología orientado a aplicar el conocimiento científico y los métodos de la psicología en el sistema jurídico penal y es tal vez uno de los campos de aplicación de más reciente aparición, difundida en algunos países de Europa (Inglaterra, España, entre otros), en América del Norte y un poco en América Latina, principalmente en la Argentina y muy incipientemente en Colombia (Vargas & Beltrán, 1993). La labor del psicólogo jurídico se sintetiza en tres áreas básicas: evaluación, intervención y entrenamiento a los autores en el escenario legal. La Psicología Forense, por su parte, haría su participación en el proceso de evaluación y peritaje psicológico. Así mismo se entiende la Neuropsicología Forense, en la cual la formación en el área y las técnicas son fundamentales para hacer una interpretación adecuada de los resultados obtenidos mediante la valoración neuropsicológica (Denney & Wynkoop, 2000).

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

Con la Ley 906 de 2004, mediante la cual se expide el Código de Procedimiento Penal, Colombia requerirá cada vez más la presencia de psicólogos que expliquen el funcionamiento psicológico de personas que solicitan pensiones laborales, incapacidades totales o permanentes, o que se encuentran demandadas por acoso sexual y/o daños personales, entre otros; de igual manera se necesitarán neuropsicólogos para determinar la incapacidad laboral, la incapacidad legal, establecer las consecuencias del daño cerebral, y la simulación de trastornos neurocognitivos, entre otros (Fernández, 2001). Lo anterior lleva a pensar que el clínico debe incrementar la capacidad de documentar la validez de sus hallazgos y conclusiones (Mittenberg, Patton, Canyock & Condit, 2002; Faust & Zinkin, 1988; McMahan & Satz, 1981), para desempeñarse en el área de la Neuropsicología Jurídica, ámbito en el cual los abogados necesitan apoyo de profesionales con capacidad para detectar sujetos que simulan presentar dificultades cognitivas manifiestas dentro del proceso legal. Por ejemplo, en los estudios de casos clínicos de la Maestría en Neuropsicología de la Universidad de San Buenaventura-Medellín, algunos psicólogos en formación como neuropsicólogos han fallado en la detección de simulación de alteraciones cognitivas en la aplicación de pruebas o tests (D.A. Pineda, comunicación personal, 4 de noviembre, 2005). Martín & Franzen (1992) reportaron haber encontrado individuos con capacidad de demostrar déficits cognitivos aparentes (pero creíbles), en algunas pruebas o test usados comúnmente, lo que dificulta al evaluador la detección de estas falsas representaciones. Es así como los clínicos que se desempeñan en áreas de la Neuropsicología Jurídica deben conocer, apropiarse y asegurarse del desempeño de los sujetos, ya que es posible encontrar personas envueltas en situaciones cuyo diagnóstico, y las conclusiones que se tomen acerca de su caso, serán inspeccionadas y comprobadas por expertos legales (Aldeman & Howard, 1984).

PERITAJE NEUROPSICOLÓGICO

Como aspecto general en el peritaje (neuro)psicológico es necesario tener en cuenta que este se encuentra dentro del área de la “psicología para el derecho”, en la cual el neuropsicólogo actúa como auxiliar del derecho, aportando datos y juicios como experto, con respecto a la

conducta de alguna persona en un escenario legal (Muñoz, 1988). Es por ello por lo que, en estos casos, el profesional de la Neuropsicología debe dar respuestas que permitan comprender o aportar información para la toma de decisiones jurídicas fundamentales, por parte de la persona responsable de dicha función (juez, fiscal, abogado, etc). El peritaje es un medio de prueba y no una asesoría neuropsicológica, que clarifica conceptos sobre imputabilidad, capacidad y estado mental al momento de cometer un delito, identificación de la producción intencional de quejas neurocognitivas para obtener ganancias secundarias, entre otros (Saborío, 2005; Loeser, Henderlite & Conrad, 1995).

Asimismo, es necesario saber que existen diferencias entre un neuropsicólogo que tiene conocimiento del derecho (especialista en Neuropsicología Jurídica) y un neuropsicólogo clínico dedicado a otras aplicaciones, sin la formación suficiente para realizar verdaderos aportes a los requerimientos jurídicos. Se requiere entonces un mayor conocimiento específico (y ojalá gran experiencia) a la hora de actuar en un proceso jurídico, por las implicaciones legales y éticas que subyacen en este campo (Bourg, Connor & Landis, 1995; Faust, Hart, Guilmette & Arkes, 1988).

En un peritaje neuropsicológico, la evaluación que se lleve a cabo debe dar respuesta a la pregunta planteada en términos que expliquen las secuelas conductuales, emocionales y cognitivas que resultan de las lesiones cerebrales, y no alejarse de lo solicitado, considerándose como un medio de prueba dentro de muchos conceptos técnicos emitidos por diversas áreas. Por ello, el perito nunca debe hacer consideraciones sobre la responsabilidad penal del procesado. Para profundizar acerca de los aspectos formales que deben incluir un peritaje psicológico, y por ende el neuropsicológico, véase Saade y Rojas (2008).

Dentro del desempeño como neuropsicólogos clínicos con conocimiento del derecho, el aporte crucial se encuentra en la conjugación del aspecto clínico durante el peritaje neuropsicológico, con profundización cuando hay presencia de *daño cerebral* acerca de los cuales se pueda entregar una respuesta a la persona o entidad que la solicita. Por tal razón, de acuerdo con varios autores (Gold, 2004; McCaffrey, Palav, O'Bryant & Labarge,

2003; Frederick, 2002; Greenberg & Shuman, 1997), un aspecto que debe manejar con solvencia el neuropsicólogo clínico es el de las Conductas de Simulación de alteraciones neurocognitivas.

SIMULACIÓN DE DISFUNCIÓN NEUROCOGNITIVA (SDN)

La edición más reciente del *Manual de Diagnóstico y Estadístico-IV Versión Texto Revisado* (American Psychiatric Association, 2000) define la Simulación (código diagnóstico Z76.5) como

[...] la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados (altamente exagerados) o falsos, motivados por incentivos externos, tales como el tener que prestar el servicio militar, un trabajo poco deseado, la posibilidad de obtener una compensación económica, el inminente peligro de una condena criminal, la opción de obtener drogas. Si bien, bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: fingir una enfermedad en tiempo de guerra, mientras se está en condición de cautivo por el enemigo.

Otros autores consideran que es más útil diferenciar los tipos de Conductas de SDN a lo largo de un *continuum*, ya que los individuos pueden variar en muchas dimensiones, incluyendo el grado de intencionalidad, el grado de distorsión y la motivación para simular (Iverson, 2006; Lipman, 1962; Ruff, Wylie & Tennant, 1993; Travin & Potter, 1984; Ustad & Rogers, 1996). Por ejemplo, Lipman (1962) propuso cuatro tipos de simulación: a) *Invencción*: el sujeto no tiene ningún síntoma, pero representa que lo tiene de manera engañosa; b) *Perseveración genuina*: los síntomas que en algún momento estuvieron formalmente presentes han cesado, pero se continúa alegando su presencia; c) *Exageración*: el sujeto representa síntomas peores a los reales, y d) *Transferencia genuina*: los síntomas son atribuidos, fraudulentamente, a un daño particular. Para evitar la confusión con el concepto psicoanalítico de transferencia, este último tipo de CS se asume como error de atribución o mala atribución. Algunos autores han discutido en contra del término, manifestando que sirve para justificar que se le niegue tratamiento al paciente (Pankratz & Erickson, 1990).

Pero la controversia no termina con el diagnóstico: existe un debate considerable en la literatura acerca de cuál de los métodos clínicos y psicométricos son los más confiables y válidos para detectar las Conductas de SDN y diferenciarlas de otros posibles trastornos psiquiátricos (Bordini, Chaknis, Ekman-Turner & Perna, 2002). A este respecto se presentan limitaciones significativas en la literatura que proviene de los problemas inherentes a los diseños de investigación (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein & Leonard, 1998).

Sospecha de SDN

En el contexto de una valoración neuropsicológica o psicológica, la SDN puede tomar dos formas primordialmente: a) La exageración deliberada de síntomas de alteraciones neuropsicológicas que son difíciles de definir y medir con precisión, o b) la producción de un bajo rendimiento en tests neuropsicológicos o psicológicos. Es por ello que los problemas cognitivos que usualmente se exageran incluyen alteraciones de la memoria, problemas de concentración, o cambios de personalidad, incluso pueden fabricar o inventar ciertas alteraciones observables, tales como restricción de la movilidad o incluso una grave amnesia (Pankratz, 1998; Slick, Tan, Strauss & Hultsch, 2004; Rogers, Sewell & Goldstein, 1994).

Dentro de las posibles razones para que una persona decida simular está el recibir más dinero por daños personales en un caso legal, recibir una compensación laboral o beneficios por incapacidad, obtener medicaciones prescritas, evitar la condena por actividades delictivas (p.e., garantizar la incapacidad para ser juzgado), evitar responsabilidades criminales, es decir, no ser culpabilizado por razones de demencia o evitar prestar el servicio militar (Bianchini y otros, 2003).

La definición del DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2000) representa a la Simulación incluso como una conducta adaptativa, en caso de fingir encontrarse enfermo siendo un rehén de guerra. Pero es importante clarificar que este aspecto no había sido contemplado en la edición anterior (DSM-III-R, 1987), aspecto criticado por Rogers (1990), en la que manifestó que los índices de sospecha de este manual

de simulación eran índices de “Maldad”, debido a que los clínicos debían sospechar de Simulación teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales: ser una “mala persona”, encontrarse en una “mala situación” y ser un “mal justipreciado”. Esto quiere decir, que basta con encontrarse en una situación desacertada para sospechar de la persona como potencial simuladora. Siendo crítico con esa definición y con los criterios expuestos, Roger contrargumenta que los delincuentes sexuales y las personas implicadas en situaciones de custodia usualmente no exageran sus síntomas, que incluso en lesiones cerebrales, debidas a accidentes de tránsito, en los que es habitual un pleito legal, el contexto médico legal puede no ser un único indicador particular de simulación. Con respecto a “ser mal justipreciado” es posible observar que personas con esquizofrenia, con trastornos de la conducta alimentaria, o problemas de abuso de sustancias son a menudo desobedientes con sus citas de evaluación y tratamiento, y no cooperan (Rogers, 1997), o que incluso el incumplimiento podría resultar también de la negación del problema más que de la simulación (Faust & Ackey, 1998), pues al parecer, contrariamente, los simuladores a menudo parecen altamente cooperativos (Ustad & Rogers, 1996; Rogers, 1990). También manifestó que en la práctica clínica se debe ser sumamente cuidadoso con lo que se considera resultados objetivos, ya que en muchos casos de daño cerebral leve no hay resultados objetivos, debido a las limitaciones en las técnicas de neuroimagen y no necesariamente a una ausencia de daño real.

El término Simulación, como una descripción de un comportamiento o como un diagnóstico, generalmente es considerado controvertido y altamente despectivo. La clasificación de simulación en el DSM-IV se codifica en el eje V, que son condiciones que pueden ser objetos de atención clínica, pero no es un trastorno mental per se. Por consiguiente, la simulación no posee criterios diagnósticos formales, aunque sí una descripción general de la condición, índice de sospecha clínica y una breve revisión de diagnósticos diferenciales (Bordini y otros, 2002) y es por ello que los clínicos pueden ser reacios, incluso, a abordar este comportamiento directamente, aún cuando poseen pruebas evidentes, porque le temen a las posibles consecuencias (como error diagnóstico que pudiese ser demandado o incluso amenazado). Por eso se sugiere que el clínico debe ser claro en el informe sobre el nivel de esfuerzo realizado

por el paciente y la validez de los resultados de esta prueba. (Lynch, 2004; Ivnik, Smith, Cerhan, Boeve, Tangalos & Petersen, 2001).

De acuerdo con Slick y otros (1999), el término Simulación de Disfunción Neurocognitiva (SDN) es una exageración o fabricación de disfunción cognitiva con el fin de obtener importantes ganancias materiales, o evitar o escapar de un deber formal o de responsabilidades. Las ganancias materiales hacen alusión a dinero, bienes o servicios de valor (tales como compensación financiera por daños personales). Los deberes formales son acciones que las personas están legalmente obligadas a cumplir (por ejemplo, la cárcel, servicios militares, pagos u obligaciones financieras o de manutención infantil). Las responsabilidades formales incluyen la rendición de cuentas o de responsabilidad en los procesos legales (determinar su incompetencia para ser sometido a juicio).

Para Slick y otros (1999), la presencia de síntomas de exageración o bajo esfuerzo durante la evaluación, automáticamente no se equipara con SDN. La exageración deliberada de síntomas en la entrevista clínica, o el bajo rendimiento intencional en los test psicológicos o neuropsicológicos se consideran como respuestas de sesgo negativas. Las respuestas de sesgo negativas describen únicamente el comportamiento sin incluir la motivación; sin embargo, para el diagnóstico de SDN, el clínico debe inferir que este tipo de comportamiento obedece a lograr un incentivo externo identificable. Es por ello que existen ciertos diagnósticos diferenciales y explicaciones alternas que se deben considerar durante el proceso evaluativo, y se describen más adelante.

Nies & Sweet (1994) utilizaron varios aspectos críticos para definir los criterios de SDN.

1. Criterios que permitieran una definición específica de SDN en el contexto neuropsicológico
2. Que fuesen específicos, precisos y fiables, de tal manera que permitieran cubrir todas las posibles fuentes de prueba (observaciones, datos y ensayos de rendimiento)
3. Relación específica e importante entre los criterios diagnósticos
4. Claridad con respecto a la naturaleza y papel del juicio clínico

5. Descripción de los diagnósticos diferenciales y los criterios de exclusión
6. Detalle de los niveles de certeza del diagnóstico.

Por lo anterior, Slick y otros (1999) acogieron un modelo de formulación de los niveles del diagnóstico de SDN, retomando a McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price y Stadlan (1984) y Grant y Martin (1994), con respecto al diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA). El Grupo NINCDS-ADRDA (McKhann y otros, 1984) se basó en el supuesto de que con cierta frecuencia no es posible determinar con absoluta certeza la EA y, para ello, en lugar de describir un único conjunto de criterios diagnósticos para EA, definieron ciertos criterios diferenciales, tales como definitivo, probable y posible, teniendo en cuenta una amplia variabilidad de fuentes de información durante el proceso diagnóstico, como la historia y el tipo de signos y síntomas, las valoraciones psicométricas y las pruebas de laboratorio. El diagnóstico definitivo de EA exige unos exámenes histológicos que no se llevan a cabo en pacientes vivos, por lo que un diagnóstico de probable EA está en consonancia con el curso de la EA en ausencia de esas pruebas definitivas. Para aquellos casos en que la información obtenida es coherente con la EA, pero no se pueden descartar otras etiologías, el diagnóstico se debe describir como una posible EA.

De esa misma manera, Grant y Martin (1994) desarrollaron un modelo similar, muy útil para el complejo de VIH asociado con Demencia, “el diagnóstico de probable se usa cuando se tiene toda la información y se cumplen los criterios, sin otra causa etiológica. El diagnóstico de posible se usa si potencialmente existe otra etiología y por lo tanto su contribución no se explica por una única causa, o cuando se puede deber a ambos diagnósticos o no está completa la información.

Retomando entonces lo anterior, Slick y otros (1999) propusieron los siguientes criterios diagnósticos para la SDN.

- **CRITERIO A.** Referido a la presencia de un importante incentivo externo, el cual debe estar presente en el momento de la valoración (por lesiones personales, pensión de invalidez, evasión de un posible enjuiciamiento penal, entre otros).

- **CRITERIOS B.** Resultados en las pruebas neuropsicológicas. Debe existir una exageración o fabricación de disfunción cognitiva en el rendimiento de los test neuropsicológicos, demostrado al menos por uno de los siguientes aspectos:
 1. *Definitiva respuesta de sesgo negativo.* Un rendimiento por debajo del azar ($p < .05$) en una o más pruebas de escogencia forzada de función cognitiva.
 2. *Probable respuesta de sesgo.* El rendimiento en uno o más test psicométricos validados que evalúen la exageración o fabricación de los déficits cognitivos son coherentes con SDN.
 3. *Discrepancia entre los test y el curso del funcionamiento cerebral descrito en la literatura.* Un patrón de rendimiento en los test neuropsicológicos que es altamente discrepante del modelo aceptado del funcionamiento del Sistema Nervioso Central normal y anormal. Esta discrepancia debe ser compatible con un intento de exagerar o inventar una disfunción neuropsicológica (por ejemplo, un paciente obtiene un bajo rendimiento en pruebas de reconocimiento mnésico, en la que previamente le fueron proporcionados diferentes ensayos de recuerdo libre, o inclusive pierde muchos elementos de fácil evocación, pero evoca ítems de mas difícil evocación del mismo test).
 4. *Discrepancia entre los resultados del test y el comportamiento observado.* Dentro de una misma habilidad cognitiva, la ejecución en dos o más pruebas neuropsicológicas son discrepantes entre ellas de una manera que sugiere la exageración o fabricación de una disfunción (por ejemplo, un paciente con alta escolaridad que no presenta déficits visoperceptuales importantes o problemas en la fluidez verbal, pero que sin embargo durante la evaluación se observa altamente afectada la denominación por errores perceptuales).
 5. *Discrepancia entre el rendimiento de las pruebas y los informes colaterales obtenidos.* Dentro de una misma habilidad cognitiva, la ejecución en dos o más pruebas neuropsicológicas son discrepantes con la funcionalidad de la vida cotidiana con respecto a la función cognitiva evaluada, que fue descrita por al menos un informante confiable, de una manera que

sugiere la exageración o fabricación de una disfunción (por ejemplo, un paciente que se ocupa de las finanzas de la familia, pero es incapaz de realizar cálculos matemáticos simples en las pruebas).

6. *Discrepancia entre el rendimiento de las pruebas y la historia documentada.* Inexplicablemente se presenta un bajo rendimiento, en dos o más test estandarizados, de funcionamiento cognitivo en un dominio específico (p.e. memoria) que es inconsistente con la historia neurológica o psiquiátrica documentadas (p.e. un paciente sin historia de pérdida de consciencia o amnesia postraumática, examen neurológico sin anormalidades, y sin antecedentes de otras alteraciones del SNC o enfermedades, obtiene resultados en pruebas de memoria verbal que son compatibles con un rendimiento en caso de severas alteraciones post-TEC).
- **CRITERIO C.** Evidencia del auto-reporte. Los siguientes comportamientos son indicadores de una posible SDN, pero su presencia no es suficiente para el diagnóstico. Sin embargo, la presencia de uno o más de estos criterios apoya evidencia adicional para sustentar el diagnóstico de SDN. Estos criterios incluyen inconsistencias significativas o discrepancias en el reporte de síntomas por el paciente que sugiere un intento deliberado por exagerar o fabricar déficits cognitivos.
 1. *Discrepancia entre la historia auto-reportada y la historia documentada.* La historia reportada por el mismo paciente es fuertemente discrepante con la historia médica o psicosocial documentada y sugiere intentos por exagerar severidad en la lesión o negar disfunciones neuropsicológicas pre-mórbidas (p.e., exagera la severidad de daño físico por la duración de pérdida de consciencia o el periodo de amnesia postraumática; exagera los años de escolaridad o la ocupación; niega una historia psiquiátrica u otra lesión cerebral previa).
 2. *Discrepancia entre los síntomas auto-reportados y el curso de funcionamiento cerebral descrito en la literatura.* El informe que brinda el paciente es improbable o fuertemente discrepante en lo que respecta al número de síntomas, curso o gravedad de las alteraciones documentadas (p.e., manifiesta una amnesia retrógrada, sin pérdida de la memoria del evento o accidente; o reclama por una pérdida de memoria autobiográfica, posterior a un TEC leve sin inconsciencia).

3. *Discrepancia entre los síntomas auto-reportados y el comportamiento observado.* (p.e., el paciente refiere un déficit de memoria episódica severa, con pequeñas dificultades para recordar los nombres, eventos o citas; un paciente se queja de severos déficits cognitivos, aún cuando presenta leves dificultades para desenvolverse independientemente y logra llegar a una cita en un lugar desconocido; un paciente se queja de severa lentitud en el procesamiento de la información y problemas de concentración, pero logra desarrollar fácilmente una conversación).
 4. *Discrepancia entre el auto-reporte y los informes colaterales obtenidos.* Los síntomas reportados, la historia o los comportamientos observados son inconsistentes con la información obtenida de otros informantes que manifiestan un adecuado desenvolvimiento. La discrepancia debe ser consistente con un intento de exagerar la severidad del daño o negar alteraciones neuropsicológicas pre-mórbidas (p.e. el paciente informa que presenta un severo deterioro mnésico ó se comporta como con déficits mnésicos, pero su esposa manifiesta que en la casa el déficit es mnésico es mínimo).
 5. *Evidencia de disfunción psicológica exagerada o fabricada.* Los síntomas auto-reportados de alteraciones psicológicas son sustancialmente contradictorios con el comportamiento observado o con la información brindada colateralmente. En escalas validadas acerca de ajuste psicológico (p.e., MMPI), se presentan puntuaciones fuertemente sugestivas de exageración o fabricación de alteraciones).
- **CRITERIO D.** Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no se encuentran completamente mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo, que pueden producir una disminución significativa de la capacidad para considerar las normas (tal como la necesidad psicológica para desempeñar el papel de enfermo, o en respuesta a una alucinación). Los comportamientos necesarios de los criterios B y C son productos de un esfuerzo racional y motivado con el objetivo de al menos adquirir u obtener un incentivo externo, tal como lo define el criterio A.

Niveles del diagnóstico para Simulación de Disfunción Neurocognitiva

1. **DEFINITIVA SDN.** Se indica por la clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva y la ausencia de otras posibles explicaciones. Los criterios necesarios para este diagnóstico son:
 - a. Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).
 - b. Definitiva respuesta de sesgo negativa (Criterio B1)
 - c. Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no se encuentran completamente mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo. (Criterio D).

2. **PROBABLE SDN.** Se indica por la clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva y la ausencia de otras posibles explicaciones. Los criterios necesarios para este diagnóstico son:
 - a. Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).
 - b. Dos o más tipos de evidencia obtenida en la valoración neuropsicológica, excluyendo la definitiva respuesta de sesgo negativa (dos o más criterios entre B2 a B6) o un tipo de evidencia obtenida en la valoración neuropsicológica, excluyendo la definitiva respuesta de sesgo negativa y uno o más tipos de evidencia del auto-reporte. (Un criterio entre B2 y B6, y uno o más criterios entre C1 y C5).
 - c. Los comportamientos necesarios de los criterios B y C no se encuentran completamente mejor explicados por factores psiquiátricos, neurológicos o problemas del desarrollo (Criterio D).

3. **POSIBLE SDN.** Se indica por la clara y convincente evidencia de exageración o fabricación de disfunción cognitiva y la ausencia de otras posibles explicaciones. Paralelamente, es indicador de la presencia de criterios necesarios para el diagnóstico de Definitivo SDN o Probable SDN, excepto que otras etiología primarias no puedan ser descartadas. Los criterios necesarios para este diagnóstico son:

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

CONCLUSIÓN

La evaluación de la SND no se ha refinado como una ciencia exacta. Quizá es debido a su misma naturaleza: no hay pruebas incuestionables. Con todo esto, se sugiere que si se está utilizando una combinación de estrategias, como las descritas anteriormente, se puede proporcionar bastante información para clarificar razonablemente la SDN. Existe la posibilidad de que un sujeto pueda no presentar directamente los síntomas de SDN, aun cuando existan ganancias secundarias o externas. Con el historial de múltiples fuentes de información, se pueden explicar las discrepancias obtenidas en la valoración neuropsicológica, y si aún se continúa en conflicto y no es posible clarificarlas, se puede sospechar de SDN.

Referencias

- Adelman, R. M. & Howard, A. (1984). Expert testimony on malingering: The admissibility of clinical procedures for the detection of deception. *Behavioral Science and the Law*, 2, 5-20.
- Alonso, K.E. (2001, September). The forensic clinician's role in evaluating cases of malingering. *NASW California News*, 28, 7.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (Third ed. Revised)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4 ° ed., Text Revision)*. Washington, DC: APA.

- Bianchini, K. J., Houston, R. J., Greve, K. W., Irvin, T. R., Black, F. W. & Swift, D. A. et al. (2003). Malingered neurocognitive dysfunction in neurotoxic exposure: An application of the Slick criteria. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 1087–1099.
- Bordini, E.J., Chaknis, M.M., Ekman-Turner, R.M. & Perna, R.B..(2002). Advances and issues in the diagnostic differential of malingering versus brain injury. *Neurorehabilitation*, 17, 93–104.
- Bourg, S., Connor, E.J. & Landis, E.E. (1995). The impact of expertise and sufficient information on psychologists' ability to detect malingering. *Behavioral Science and the Law*, 13, 505-515.
- Cates, J.A. (1999). The art of assessment in psychology: Ethics, expertise, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (5), 631– 641.
- Denney, R. & Wynkoop, T. (2000). Clinical neuropsychology in the criminal forensic setting. *Forensic Neuropsychology. Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 804-828.
- Doerr, H.O. & Carlin, A.S. (1991). *Forensic neuropsychology: legal and scientific bases*. New York, NY: The Guilford Press.
- Essing, S.M., Mittenberg, W., Petersen, R.S., Strauman, S. & Cooper, J.T. (2001). Practices in forensic neuropsychology: Perspectives of neuropsychologists and trial attorneys. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 271-291.
- Faust, D. & Ackley, M.A. (1998). Did you think it was going to be easy? Some methodological suggestions for the investigation and development of malingering detection techniques. En Reynolds, Cecil R. (Ed). (1998). *Detection of malingering during head injury litigation. Critical issues in neuropsychology*. (pp. 1-54). New York, NY, US: Plenum Press.
- Faust, D., Hart, K., Guilmette, T.J. & Arkes, H.R.. (1988). Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 508-515
- Faust D. & Zinkin, J. (1988). The expert witness in psychology and psychiatry. *Science*, 241, 31-35.
- Fernández, S. (2001). La neuropsicológica forense: Consideraciones básicas y campos de aplicación. *Revista de Neurología*, 32, 783-787
- Frederick, R. (2002). A review of Rey's strategies for deteting malingered neuropsychological impairment. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-25.
- Gold, L.H. (2004). The workplace. En R. I. Simon & L. H. Gold (Eds.) *The American psychiatric textbook of forensic psychiatry* (pp. 303–326). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Greenberg, S. & Shuman, D. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 50–57.

- Iverson, G.L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.
- Ivnik, R.J., Smith, G.E., Cerhan, J.H., Boeve, B.F., Tangalos, E.G., & Petersen, R.C.. (2001). Understanding the diagnostic capabilities of cognitive tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 15, 14-124.
- Larrabee, G.J. (2005). Assessment of malingering. En G.J. Larrabee (Ed.). *Forensic Neuropsychology: A scientific approach*. Chapter 4. New York, N.Y.: Oxford University Press, 115-158.
- Ley 906 de 2004 (s.f.). 2004. Código de procedimiento penal. Recuperado el 15 de Noviembre de 2008, de <http://www.ramajudicial.gov.co>
- Lipman, F. D. (1962). Malingering in personal injury cases. *Temple Law Quarterly*, 35, 141-162.
- Loeser, J.D., Henderlite, S.E. Conrad, D.A. (1995). Incentive effects of workers' compensation benefits: a literature synthesis. *Medical Care Research Review*, 52, 34-59.
- Lynch, W. J. (2004). Determination of effort level, exaggeration, and malingering in neurocognitive assessment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19, 277-283.
- McCaffrey, R. J., Palav, A., O'Bryant, S. E., & Labarge, A. S. (2003). *Practitioner's guide to symptom base rates in clinical neuropsychology*. New York, N.Y.: Plenum.
- Martin, N.J. & Franzen, M.D. (1992, August). The malingering of memory deficits among sophisticated subjects. Paper presented at the 100th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- McMahon, E.A. & Satz, P. (1981). Clinical neuropsychology: Some forensic applications. En S. Filskov & T. Boll (Eds.) *Handbook of clinical neuropsychology*. New York, N.Y.: John Wiley & Sons.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E.M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report from the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939-944.
- Meyers, J.E. & Volbrecht, M.E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 261-276.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- Muñoz, L. (1988). *Introducción a la psicología jurídica*. México, D.F.: Trillas.

- Nies, K.J. & Sweet, J.L. (1994). Neuropsychological assessment and malingering: A critical review of past and present strategies. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9 (6), 501-552.
- Otto, R. K. & Heilburn, K. (2002). The practice of forensic Psychology: A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57, 5- 10.
- Pankratz, L. (1988). Malingering on intellectual and neuropsychological measures. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169-192). New York, N.Y.: Guilford Press.
- Pankratz, L. & Erickson, R. C. (1990). Two views of malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 4 (4), 379-389.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-112.
- Rogers, R. (Ed.). (1988). *Clinical Assessment of malingering and deception*. New York, N.Y.: Guilford Press
- Rogers, R. (1990). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18 (3), 323-333.
- Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception (2a ed.)*. New York, N.Y.: Guilford Press.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Salenkin, R. T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 227-237.
- Rogers, R., Sewell, K. W. & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18, 543-552.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A. & Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367.
- Ruff, R. M., Wylie, T. & Tennant, W. (1993). Malingering and malingering-like aspects of mild closed head injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8, 60-73.
- Saade, Y. & Rojas, A. (2008). El peritaje Psicológico: Aspectos relevantes para la evaluación. Recuperado el 2 de Noviembre de 2008, de http://es.geocities.com/docu_asacamt/per_psi/
- Saborío, C. (2005). Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22, 41-63.
- Schretlenm D., Neal, J. & Lesikar, S. (2000). Screening for malingered mental illness in a court clinic. *American Journal of Forensic Psychology*, 18, 5-16.
- Slick, D. J., Sherman, E. M. & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.

- Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H. & Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 465-73.
- Travin, S. & Potter, B. (1984). Malingering and malingering-like behavior. Some clinical and conceptual issues. *Psychiatric Quarterly*, 56, 189-197.
- Ustad, K.L. & Rogers, R. (1996). Malingering and deception: Conceptual and clinical issues in forensic practice. En L. B. Schlesinger (Ed.) *Explorations in criminal psychopathology* (pp. 300-319). Springfield, ILL: Charles C. Thomas.
- Vargas, N.M. & Beltrán, J.E. (1993). *Psicología jurídica y criminológica. Psicología en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo.

Agradecimientos:

Jorge A. Herrera Pino, M.D., Ph.D. Director del Doctorado en Psicología con Orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada de la Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina). Bajo su oportuna orientación se está desarrollando la tesis doctoral titulada "Detección de Simulación de Disfunción Neurocognitiva a través del Test de Simulación de Memoria".