

Psicología jurídica engaño de disfunción cognitiva

Isabel Cristina Puerta

**PSICOLOGÍA JURÍDICA
ENGAÑO DE DISFUNCIÓN COGNITIVA**

AUTOR: Isabel Cristina Puerta
FECHA DE RECEPCIÓN: Julio 19 de 2010
DIRECCIÓN: Isabel.Puerta@usbmed.edu.co

RESUMEN: La presente investigación ha sido presentada y expuesta en el programa de MAESTRÍA EN DERECHO DE FAMILIA, de la FACULTAD DE DERECHO de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA, los días 24 y 25 de junio de 2010.

PALABRAS CLAVE: Psicología jurídica, Disfunción cognitiva, Memoria, Simulación, Transtorno.

ABSTRAC: The present paper is a product of the research presented and exposed on the FAMILY LAW MAGISTER PROGRAM, from UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA LAW SCHOOL, the 24 and 25 june, 2010.

KEYWORDS: Forensic psychology, Cognitive dysfunction, Memory, Simulation, Disorder

Psicología jurídica

engaño de disfunción cognitiva

Isabel Cristina Puerta *

Psicología jurídica



partados autorizados de la tesis doctoral “Detección de simulación de disfunción neurocognitiva a través del Test de Simulación de Memoria”.

Adicionalmente a la labor del psicólogo en el campo jurídico o forense, es necesario tener en cuenta un aspecto poco estudiado en Colombia, y que posee una alta probabilidad de presentarse, en aquellos casos en que se pudiese obtener una ganancia secundaria, y es la Simulación de Disfunción Neurocognitiva (SDN). Si bien se entiende que la SDN se caracteriza por la exageración voluntaria o la fabricación de síntomas cognitivos con un propósito específico, y es el de obtener ganancias materiales, la cual se aplica y puede aparecer en todos los ámbitos.....

La evaluación y el diagnóstico clínico de los trastornos mentales realizados por los profesionales de la psicología se llevan usualmente de manera apropiada, debido a que los pacientes reportan sus propios síntomas de manera honesta, precisa y completa (Rogers, 1988). Sin embargo, y desafortunadamente, no siempre los pacientes permiten realizar una evaluación de esta manera, especialmente cuando las personas se encuentran en la búsqueda de obtener algún beneficio externo o ganancia secundaria, en vista de que suelen exagerar los síntomas existentes o, incluso, hacer una invención de algunos síntomas tanto psicológicos como cognitivos.

Lo anterior exige que tanto la evaluación como el diagnóstico clínico se establezcan sobre bases científicas, que permitan descartar otras alteraciones cognitivas que el paciente pretenda imitar, lo que requiere una evaluación detallada y minuciosa de los resultados, debido a la naturaleza de efectos sutiles simulados, y es aquí en donde la evaluación (neuro)psicológica se considera como la fuente principal de evidencia

* Psicóloga, Magíster en Neuropsicología, Especialista en Terapia Cognitiva y a en Psicología Jurídica, Doctora en Psicología con Orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada. Actualmente se desempeña como Directora de Investigaciones Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín. Investigadora Grupo Internacional de Investigación NeuroConductual (GIINCO).

para apoyar el diagnóstico de simulación en casos de los cuales se pueda obtener algún incentivo externo (Guilmette, Hart, & Guilian, 1993; Hartman, 1995). No obstante, esta evaluación debe ser sumamente detallada y cuidadosa debido a que el rendimiento de un paciente puede afectarse negativamente y requiere llevar a cabo diagnósticos diferenciales de trastornos que pueden superponerse o brindar explicaciones alternas tales como trastornos somatomorfos, depresión y trastorno facticio, entre otros. Igualmente la evaluación (neuro)psicológica requiere, tanto de una selección de tests diseñados específicamente para detectar exageración o simulación de trastornos cognitivos, denominados Tests de Validez de Síntomas (TVS), como del uso de la identificación de perfiles (neuro)psicológicos incongruentes con síndromes conocidos y existentes, y la validación de los puntos de corte en los tests seleccionados, que puedan ser indicadores de esfuerzos por debajo de lo esperado (O'Bryan & Lucas, 2006).

Adicional a lo anterior, Grossman (1996) sugiere que los evaluadores clínicos son sólo un poco más exactos en su tarea de detección, de la exageración de síntomas o de una completa invención, de lo esperado al azar, por lo que los aleja de la capacidad de percepción como procesadores analíticos y sistemáticos de la información, y por otro lado, hasta el momento no se ha logrado determinar un aparato sistemático que permita identificar los déficits patognómicos de fraude clínico (neuro)psicológico, lo que apremia la necesidad de desarrollar experticia clínica (neuro)psicológica, con argumentos científicos relacionados con la toma de decisiones finales con respecto a los resultados obtenidos en los casos que lo requieran.

Esta simulación, que se puede presentar en cualquier ámbito, clínico, forense, laboral, familiar, etc, requiere el entrenamiento en la detección de la misma, y al psicólogo que ejerce no le puede ser ajeno; más aún, cuando por alguna circunstancia prevalece la integridad de un menor e incluso de la denominada célula de la sociedad, la familia.

Antes de profundizar en la Simulación y el engaño, surgen algunos cuestionamientos acerca del papel que ejerce el psicólogo en estas instancias:

- ¿De qué manera puede ser útil el psicólogo en la jurisdicción de familia
- ¿Qué hace un psicólogo jurídico y forense en los juzgados de familia
- ¿Es el Sistema Judicial ineficiente, porque carece de peritos psicólogos idóneos y actualizados en su quehacer profesional

Para iniciar esta presentación, se retoman dos (2) casos tratados por Isabel Cristina Puerta, en su práctica psicológica:

1. Caso IP.

Lola, quien actualmente convive con su madre y un tío materno, manifiesta que la denuncia instaurada hace año y medio atrás acerca del abuso sexual por parte de su padrastro no es cierta. Su padrastro actualmente se encuentra detenido, debido a la demanda realizada por Lola cuando tenía 13 años. En una ocasión, después de

discutir con su familia, le comentó al novio que estaba triste por los abusos sexuales a que era sometida por parte de su padrastro mientras ella dormía. Informó que al despertar el padrastro le comentaba la manera cómo había abusado de ella, mientras dormía. Luego de 7 meses de instaurada la demanda fue detenido el padrastro y dicha situación la llevó a negar el abuso.

2. Caso MZ.

Juana, quien está separada de su esposo, sufrió una cortada en la cabeza al pasar por un alambrado de púas en su finca. Asistió al hospital en donde además de hacerle la sutura respectiva le aplicaron un "antitétano". Posterior a este evento, Juana pierde el lenguaje y su exesposo decide llevarse a vivir con él a su hija de 9 años. Pasados 8 meses, recibe una citación por la demanda expuesta por parte de su exesposo por alimentos para su hija, argumentando que debía colaborar con la manutención de la hija y que la pérdida de lenguaje no era un impedimento para continuar laborando.

Estos otros casos son expuestos por Rodríguez, C (2010) (visitado el 7 de Junio de 2010, <http://psicologiajuridica.org/psj140.html>)

1Caso MF.

María y Julio tuvieron una hija pero, al poco tiempo decidieron terminar su relación. Ella inició una nueva. Él empezó a tener discusiones con ella por las visitas de la menor. El caso de judicializó. María decía que Julio era un hombre agresivo, que tenía problemas depresivos y que temía por su hija. Medicina legal lo evaluó y anotó en la parte histórica del dictamen que Julio había presentado crisis depresivas, buscando ayuda psiquiátrica y que desde entonces no había vuelto a presentar esos síntomas. Sin embargo, la perito psicóloga de INML concluyó que "el evaluado no presentaba en la actualidad manifestaciones de enfermedad psiquiátrica que le impidan relacionarse con su hija". Con esta información, se le reglamentaron visitas a Julio para con su hija de nueve meses de edad. Al poco tiempo María se quejó ante el juzgado de que Julio se llevaba a la menor y la devolvía en condiciones de abandono (ropa sucia, raída) entre otras quejas. Además, junto con su apoderada, María anexó como prueba documental una copia de la historia clínica en la que Julio había sido diagnosticado con *depresión* y medicado con antidepresivos diarios y psicoterapia de apoyo, suspendiendo poco después este tratamiento. El trabajo de la apoderada ante el juzgado fue infructuoso, tanto insistió en modificar ese régimen de visitas que debió acudir a una instancia superior.

2. Caso Quiceno.

Juanita es una niña de siete años que perdió a su madre, debido a una grave enfermedad. La menor siempre vivió con ella y con una tía. Su padre la veía intermitentemente pero, cuando la madre murió, el padre quiso llevársela a vivir consigo y con sus hijos ya mayores de 22 años. Fue ahí donde empezó la batalla judicial por la custodia. La tía argumentaba que debían otorgársela porque la niña había convivido con ella, mientras que el padre alegaba que justamente por esta condición, la niña debía pasar a su cuidado. Una psicóloga de ICBF evaluó a la menor (solamente a ella) y su conclusión fue la siguiente: "Juanita está atravesando

una situación traumática comparable a lo que sucede a las personas después de un suceso trágico. Esto se evidencia en una primera impresión en que la niña presenta una ausencia de recuerdos recientes. Se recomienda que la niña tenga la posibilidad de mantener su vínculo afectivo y físico con AM (la tía), con el fin de recuperar y preservar su integridad mental". Con este informe en su poder, el defensor de familia decidió dejar la custodia en cabeza del padre debido a que Juanita no tenía parentesco legal con AM, por lo que le ordenó entregar a la niña, junto con sus documentos, ropa y objetos personales al padre. AM no se rindió y llevó el caso al juzgado, que actualmente está en curso.

3. Caso AN.

Ana y Luis iniciaron un proceso contencioso de divorcio. Comenzaron por escoger los días en que verían a sus hijos, mientras están en las etapas iniciales del proceso (en la que aún cabe la esperanza de conciliar). Así, los padres en compañía de sus apoderados escogieron fechas al azar: 7 de agosto, 10, 13, 14, 21, 23, etc. y para el otro padre correspondían los días restantes. En el mismo caso, los menores hijos también tuvieron la oportunidad de "escoger" las fechas para el mes siguiente. Al padre le asignaron más días que a la madre, porque sostienen los niños que "no quieren vivir con la mamá, porque es mentirosa y trabaja mucho." Al mes siguiente, los padres ya decidieron que los hijos permanecerían cuatro días con un progenitor y cuatro con otro.

Casos adicionales.

A partir de los anteriores casos surgen las siguientes inquietudes:

¿Quién pudiera orientar al juez acerca de la credibilidad del testimonio de una menor, teniendo en cuenta su historia personal, perfil de personalidad y conductual

¿Quién pudiera explicarle al juez, al abogado y a la familia, que la pérdida cognitiva posee implicaciones en el desenvolvimiento de la vida cotidiana, pero aún puede cuidar de los hijos, quienes además son un apoyo emocional

¿Quién pudiera orientar al juez acerca de la inconveniencia que tiene para un menor el que su progenitor depresivo pueda llevárselo fuera de su casa, si bien la literatura reza que una persona depresiva no puede responder a los requerimientos físicos y emocionales de un menor y, que en el caso de las visitas estas deben ser supervisadas

¿Quién pudiera orientar al juez acerca de que, cuando un menor pierde a un progenitor, lo ideal es no generarle más cambios drásticos, como es el de enviarle a vivir con alguien con quien nunca lo ha hecho ¿Quién hubiese podido dictaminar que lo recomendable era convivir con la persona con la que ya tenía un fuerte vínculo afectivo implantado, y no "con un extraño"

¿Quién pudiera explicarle al juez, al abogado y a los padres el grave error en el que se incurre cuando, al momento de la separación de los padres, los hijos comiencen a

saltar de aquí para allá según el capricho de los mismos, dado que éste sistema no aporta estabilidad al menor y en cambio aumenta su estrés□

¿Quién pudiera orientar al juez de que un progenitor está programando a un menor para que odie al otro padre□

De acuerdo con Ibañez & López (1984), el psicólogo en los juzgados de familia actúa para que se facilite la toma de decisiones de los respectivos jueces, abogados y familia en general en el desarrollo de los procesos de separación, divorcio, o de cualquier índole que ante los juzgados de familia se presentan, con claros objetivos de *“aportar material que facilite la toma de decisiones acerca del modo en que deben establecerse las relaciones entre padres e hijos, atendiendo a los aspectos no estrictamente jurídicos, sino a sus aplicaciones efectivas y conductuales”* y para *“indicar qué sistemas de relación deberían adoptar ambos padres para proporcionar a sus hijos un desarrollo armónico; evitando, en la medida de las posibilidades, que éste se vea afectado por las desavenencias que entre los cónyuges existan; el deterioro de la imagen de cada uno de los padres ante los menores, y los sentimientos de culpabilidad de éstos ante la situación y evitando, también, todo impedimento por parte de cualquiera de los padres del acceso de los hijos al otro”*. (<http://www.papelesdel psicologo.es/imprimir.asp?id=183>)

Para cumplir los anteriores objetivos el psicólogo debe tener claridad con respecto al papel que debe cumplir:

Evaluación psicológica individual

- De cada uno de los cónyuges.
- De cada uno de los hijos del matrimonio.

Evaluación de los sistemas o patrones de relación existente

- Entre los hijos
- De todos y cada uno de los hijos con cada uno de sus progenitores.

Análisis de la influencia que, en su caso, puedan ejercer otras terceras personas en la dinámica familiar

- Comprender globalmente la problemática familiar por cada uno de los cónyuges, forma en que se relacionan entre sí, y cada uno de ellos con sus hijos, estructuras comportamentales, afectivas y cognitivas de ambos, diferentes alternativas que ofertan y manera en que cada uno las estructura.

- Dictaminar sobre la **idoneidad en la guarda y custodia** de los hijos del matrimonio en litigio, para serle concedida a uno u otro de los mismos.

- Ofrecer una serie de **pautas de comportamiento** para que las posteriores relaciones paternofiliales se desarrollen de la manera más adecuada posible.

Proporcionar información sobre las condiciones sociales y materiales en que se desarrolla la vida del grupo familiar; además de "supervisar" a modo de seguimiento el cumplimiento de las medidas legales acordadas, informando sobre cómo se desarrollan los acuerdos, visitas, etc.

En los juzgados de familia se espera que, junto con todo el equipo de trabajo, se lleve a cabo:

- Seguimiento a control, para poder comprobar el resultado del trabajo, y el cumplimiento o incumplimiento de las medidas acordadas por el juez. (El control exhaustivo en el período inmediatamente posterior a las decisiones implementadas, por ser el más complicado y en el que mayores problemas suelen surgir; las cuales posteriormente, se pueden ir distanciando en el tiempo en la medida que se vaya comprobando la consecución del cumplimiento de las medidas acordadas).
- Revisión de la aplicación del intento de consecución de las pautas de comportamiento, ya que es el sistema más beneficioso para los hijos y para los propios cónyuges, en tanto que es el que menos tensiones suele generar, previamente acordadas.
- Consecución de una Justicia flexible y actual acorde con las necesidades, en donde el equipo profesional de los Juzgados de familia de poseer un considerable avance.

Algunos de los mitos que predominan en los juzgados de familia con respecto a los psicólogos peritos, son a criterio de Rodríguez, C (2010) (visitado el 7 de Junio de 2010, http://psicologiajuridica.org/psj_140.html), los siguientes, los cuales se presentan debido a que el gremio profesional de la psicología de alguna manera no se ha hecho necesario.

Mito 1. Los informes periciales los realizan las trabajadoras sociales.

Mito 2. Si no es suficiente el informe social, se ordena el peritaje a Medicina Legal.

Mito 3. Cuando se emita un informe por psicólogos adscritos a comisarías de familia o del ICBF, no es necesario solicitar peritajes psicológicos.

Mito 4. Los psicólogos solo saben hacer terapia y, el juzgado no es un escenario para ello.

Mito 5. Solamente los profesionales de salud mental de Medicina legal son peritos.

Mito 6. Los peritajes privados no son confiables, puesto que son pagados por la parte interesada.

Además se pudiera adicionar otro mito

Mito 7. Se solicita un informe pericial, cuando la respuesta “no padece trastorno mental alguno que....” favorece la decisión a tomar.

¿A QUIÉN SE ENGAÑA? ¿POR QUÉ SE ENGAÑA? ¿CREER O NO CREER? ¿SE DETECTA EL ENGAÑO?

CONCEPTUALIZACIÓN DE SIMULACIÓN DE DISFUNCIÓN NEUROCOGNITIVA

La simulación, definida en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadística-IV Texto Revidado (DSM-IV-TR, APA, 2000) es la producción intencional o exageración de síntomas con el propósito de obtener una ganancia externa identificable.

En el contexto de una valoración neuropsicológica o psicológica, la simulación puede tomar dos formas primordialmente: a) la exageración deliberada de síntomas de alteraciones neuropsicológicas que son difíciles de definir y medir con precisión; ó 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.

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 delincuenciales (por ejemplo, garantizar la incapacidad para ser juzgado), evitar responsabilidades criminales, es decir, no ser culpabilizado por razones de demencia o evitar prestar el servicio militar. La definición del DSM-IV-TR (APA, 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 la 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, Rogers (1990) contraargumenta 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 (Rogers, 1997; Rogers, 1990). También manifestó que en la práctica clínica se debe ser sumamente cuidadoso con los que se consideran resultados objetivos, en vista de 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.

Dado lo anterior, Roger (1990) propuso el denominado Modelo de Adaptación, que enfatiza en que los potenciales simuladores realizan un análisis de costo-beneficio cuando se enfrentan con una evaluación que perciben en desacuerdo con sus propias necesidades. Por ello se debe determinar la motivación de los pacientes para simular enfermedades, y pueden simular por varias razones, aplazamientos de condenas, evitar ser encarcelados, u obtener valiosas atenciones mientras se encuentren en la cárcel. Por lo anterior se deben incluir evaluaciones de la enfermedad y la capacidad para ser juzgado, aspecto incluido en el último Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana.

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 como tal. 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 y es por ello que los clínicos pueden ser reacios, incluso, a abordar este comportamiento directamente, aun cuando poseen pruebas evidentes, porque 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.

De acuerdo con Slick et al. (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 et al. (1999), la presencia de síntomas de exageración o bajo esfuerzo durante la evaluación, automáticamente no se equipara con simulación. La exageración deliberada de síntomas en la entrevista clínica, o el bajo rendimiento intencional en los tests 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 simulación 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 simulación. 1) criterios que permitieran una definición específica de SDN en el contexto (neuro)psicológico; 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, y 6) detalle de los niveles de certeza del diagnóstico.

Por lo anterior, Slick et al. (1999) acogieron un modelo de formulación de los niveles del diagnóstico de SDN, retomando a McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, & Stadlan (1984), con respecto al diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA). El Grupo NINCDS-ADRDA (McKhann et al., 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. Es así, que el diagnóstico *definitivo* de EA exige unos exámenes histológicos definitivos 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.

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

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SIMULACIÓN DE DISFUNCIÓN NEUROCOGNITIVA

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).

Criterio B.

Resultados en las pruebas neuropsicológicas. Debe existir una exageración o fabricación de disfunción cognitiva en el rendimiento de los tests 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 tests psicométricos validados que evalúen la exageración o fabricación de los déficits cognitivos son coherentes con simulación.
3. Discrepancia entre los tests y el curso del funcionamiento cerebral descrito en la literatura. Un patrón de rendimiento en los tests 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 más difícil evocación del mismo test).
4. Discrepancia entre los resultados del tests 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 tests estandarizados, de funcionamiento cognitivo en un dominio específico (p.e. memoria) que es inconsistente con la historia neurológica o psiquiátrica documentadas (por ejemplo, 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 Autorreporte. 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 simulación. 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 autorreportada 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 premórbidas (por ejemplo, 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 autorreportados 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 (por ejemplo, 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 autorreportados y el comportamiento observado. (por ejemplo, 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 autorreporte 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 premórbidas (por ejemplo, el paciente informa que presenta un severo deterioro mnésico o se comporta como con déficits mnésicos, pero su esposa manifiesta que en la casa el déficit es mínimo).
5. Evidencia de disfunción psicológica exagerada o fabricada. Los síntomas autorreportados de alteraciones psicológicas son sustancialmente contradictorios con el comportamiento observado o con la información brindada colateralmente. En escalas validadas acerca de ajuste psicológico (por ejemplo, el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI; Hathaway & McKinley, 1981), 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) ó
Un tipo de evidencia obtenida en la valoración neuropsicológica, excluyendo la definitiva respuesta de sesgo negativa y uno o más tipos de evidencia del autorreporte. (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 etiologías primarias no puedan ser descartadas. Los criterios necesarios para este diagnóstico son
 - a) Presencia de un sustancial estímulo externo (Criterio A).

- b) Evidencia del autorreporte (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). ó
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.

Sin embargo, es necesario llevar a cabo una evaluación detallada de otros criterios diagnósticos que son diferenciales con el diagnóstico de simulación, tales como trastorno somatomorfo, trastorno del estado de ánimo y trastorno facticio.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE SIMULACIÓN

1. Trastorno somatomorfo

Cuando se hace alusión a este tipo de trastornos, se incluyen aquellas condiciones que tienen síntomas físicos, sin la evidencia de enfermedad física. Entre ellos, existe el término *somatización*, el cual históricamente se refiere a los procesos en el cual los problemas psicológicos se manifiestan en molestias o síntomas físicos. Estos síntomas físicos pueden no relacionarse con una condición médica identificable.

a) TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Se manifiesta a través de múltiples síntomas físicos, pero no se explica por un problema físico y usualmente aparece antes de los 30 años de edad. De acuerdo con el DSM-IV, el punto esencial es un "patrón recurrente, múltiple y clínicamente significativo de quejas somáticas. A su vez, durante el curso, el paciente experimenta dolor, síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos. Los pacientes muestran una excesiva utilización de los servicios médicos.

b) HIPOCONDRIASIS

Tienen una persistente y pervasiva creencia de que ellos tienen una seria condición médica. Tienden a tener un foco somático y frecuentemente malinterpretan las sensaciones corporales. Estas preocupaciones tienen a persistir, aún cuando en las evaluaciones médicas resultan con una buena salud. Estas personas pueden alarmarse por experiencias inusuales de sensación corporal, conocidas de alguien que tiene una enfermedad, o porque leen de alguna enfermedad.

c) TRASTORNO CONVERSIVO

Se caracteriza por síntomas pseudoneurológicos. Los pacientes parecen tener problemas con el sistema motor o sensorial. Estos problemas son causados por factores psicológicos, no por un daño cerebral, en la espina o por alteraciones periféricas del SN. Dentro de los criterios se especifica que no existe una

construcción primaria de ganancia, pero sí se requiere una conexión causal entre la queja y factores psicológicos y somáticos. La prevalencia de trastorno por conversión es mayor en mujeres que en hombres, y es más susceptible en mujeres jóvenes y adultas. Muchos estresores y problemas familiares se pueden considerar como precipitantes de este trastorno. Un ejemplo común son las crisis no epilépticas. Investigaciones longitudinales indican que un número reducido de mujeres que recibieron este diagnóstico y posteriormente se les encontraron problemas neurológicos que explicaron los síntomas (Couprie, Wijdicks, Rooijmans & van Gijn, 1995; Kent, Tomasson, & Coryell, 1995).

2. Depresión

El trastorno de depresión mayor es un diagnóstico diferencial obvio cuando se considera la posibilidad de simulación. Las características esenciales de depresión mayor son la tristeza o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Asociado a estas características se puede incluir la baja motivación, la apatía, poca colaboración y pensamientos catastróficos o irracionales. Pueden experimentar problemas cognitivos como lentitud en el pensamiento, dificultades para concentrarse, distracción, indecisión y olvido. Adicionalmente, con frecuencia está asociado con irritabilidad, excesiva preocupación sobre su salud y cefalea. Es común encontrar problemas psicosociales que incluyen relaciones sociales tensas, estrés familiar y de pareja, problemas laborales, dificultades académicas y abuso de sustancias. Todos estos factores hacen que la depresión se convierta en un diagnóstico diferencial de simulación, entre otros.

3. Trastorno facticio

El trastorno facticio, al igual que la simulación, implica la producción intencionada de síntomas. Sin embargo, la motivación subyacente es la necesidad psicológica de sentirse enfermo (es decir, asumir el papel de enfermo o discapacitado), pero no constituye un incentivo externo.

El DSM-IV describe subtipos del trastorno facticio si la fabricación de síntomas se refiere a síntomas físicos, psicológicos o ambos. Es un trastorno de mucha atención, pues algunas personas incluso pueden someterse a múltiples evaluaciones médicas y psiquiátricas y frecuentemente intentan ser admitidas en el hospital. Incluso, consienten que se les hagan cirugías exploratorias en sus síntomas fabricados. Los casos graves son diagnosticados como Síndrome de Munchausen. Es importante no olvidar, que si existe la presencia de un evidente incentivo externo, el diagnóstico Trastorno Facticio no se llevaría a cabo.

Después de definir el término simulación, sus criterios diagnósticos y la necesidad de tener en cuenta otras entidades clínicas importantes antes de concluir que una persona presenta SDN, para determinar si se cumple o no con el criterio diagnóstico D, descrito previamente, se requiere profundizar en un aspecto fundamental que corresponde al resultado que la persona puede obtener en un test neuropsicológico, que en caso de simulación, y cumpliendo con el criterio B de Slick et al. (1999) es fundamental.

MEDIDAS DE VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS TESTS

Validez de un test diagnóstico

En función de clasificar a cada persona evaluada dentro de una prueba dicotómica, como puede ser caso-control, o sano-enfermo, se hace en función de que el resultado de la prueba sea positivo o negativo. Usualmente el resultado positivo se asocia con la presencia de enfermedad y un resultado de la misma con la ausencia de la misma. Se hace este análisis con respecto al estado real del sujeto, o de ser posible, con el resultado de la prueba de referencia o "Gold Standard" que haya utilizado.

La estimación de la exactitud de predicción de un test consiste en varios pasos. El primer paso de este proceso es el cálculo de la sensibilidad y la especificidad del test, que se consideran como medidas tradicionales del valor diagnóstico de un test. Éstas miden la discriminación diagnóstica de un test, comparada con la del criterio de referencia.

El análisis de su validez se obtiene calculando los valores de sensibilidad y especificidad.

La prueba de sensibilidad mide la proporción de individuos con una alteración, identificados correctamente con el test, expresado en porcentaje. Mide la capacidad del test para detectar la alteración o los casos definidos como positivos, y se denominan Verdaderos Positivos (VP) (Elwood, 1993). La sensibilidad es, por tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad.

La especificidad mide la proporción de los individuos sanos a los que el test identifica correctamente como tales, y se les denomina Verdaderos Negativos (VN) (Elwood, 1993). La especificidad es, por tanto, la capacidad del test para detectar los sanos.

Finalmente, estos conceptos de sensibilidad y especificidad, permiten valorar la validez de una prueba diagnóstica, pero no poseen utilidad en la práctica clínica, esto es, proporcionan información acerca de la probabilidad de obtener un resultado concreto (positivo o negativo) con respecto a la verdadera condición del sujeto con respecto a la enfermedad; sin embargo, cuando se lleva a cabo la aplicación de la prueba diagnóstica durante la actividad clínica, es necesario no carecer de información a priori acerca de su verdadero diagnóstico y se plantean preguntas como: ¿Cuál es la probabilidad de que el paciente esté realmente sano (enfermo)□y para ello se requiere realizar análisis de los valores predictivos.

LA SEGURIDAD DE UN TEST DIAGNÓSTICO. VALORES PREDICTIVOS

El segundo paso del proceso consiste en calcular los valores predictivos. La capacidad de que el test dé un resultado positivo para los que realmente están enfermos, excluyendo los falsos positivos, se llama Valor Predictivo Positivo (VPP) (Glaros & Kline, 1988; McCaffrey, Palav, O'Bryant, & Labarge, 2003). La capacidad

del test para clasificar como sanos a los que realmente no presentan la enfermedad, evitando así la exclusión de falsos negativos, se denomina Valor Predictivo Negativo (VPN) (Glaros & Kline, 1988; McCaffrey et al., 2003).

Los falsos positivos son aquellas personas sanas que obtienen una puntuación en el test semejante a la obtenida por los enfermos, que corresponde a lo denominado Error Tipo I. Los falsos negativos son aquellas personas enfermas que puntúan en el test como si estuvieran sanos, que corresponde al error Tipo II.

Si bien, entonces, la prevalencia o tasa de base es un factor determinante en los valores predictivos de un test, éstos no pueden ser utilizados como índices a la hora de comparar dos métodos diagnósticos diferentes, ni para extrapolar los resultados de otros estudios a los datos propios. Por ello, se hace necesario determinar otros índices de valoración que a su vez sean clínicamente útiles y no dependan exclusivamente de la prevalencia de la enfermedad en la población a estudiar.

INSTRUMENTO

Test de Simulación de Memoria (TOMM; Tombaugh, 1996)

El TOMM es un test de administración individual que consiste en dos ensayos de aprendizaje y un ensayo opcional de retención (selección forzada). Durante el primer intento, al participante se le muestran 50 dibujos de líneas de objetos comunes, tales como una hoja, llave inglesa, zanahoria, etc. Después de que el participante ha visto los 50 reactivos, se hace un reconocimiento de selección de los 50 dibujos. En cada hoja se presentan los 50 dibujos mostrados previamente, además de un reactivo distractor que no fue enseñado previamente. Al paciente se le informa que debe seleccionar solo un dibujo por cada reactivo y se les presentan los 50 pares de dibujos. El evaluador brinda inmediatamente retroalimentación con respecto a la selección del paciente, el cual le permite otra oportunidad para aprender el material.

Se procede igual en el segundo ensayo. Se le muestran las mismas 50 figuras, pero en diferente orden. Inmediatamente se hace la tarea de reconocimiento mediante selección de uno de los dos dibujos mostrados, del cual el sujeto solo debe seleccionar uno solo. Los reactivos distractores usados en el segundo ensayo son diferentes al primero. Inmediatamente se le retroalimenta para corregir las respuestas. Tombaugh (1996, 1997) asegura que brindar retroalimentación a los participantes, en cuanto a su rendimiento, ofrece una excelente oportunidad para motivar a los individuos a aprender el material y, por tanto, incrementar su rendimiento. Sin embargo, para las personas SDN, la retroalimentación les permite hacer un seguimiento y posiblemente, ajustar su rendimiento con más precisión a sus objetivos. El ensayo opcional de evocación diferida, puede hacerse en un intervalo de 15 minutos que no incluya ningún test visual.

Una puntuación por debajo de 45 respuestas correctas en el segundo ensayo en el TOMM se considerará como indicativo de rendimiento que invalida el test y en todos se sugiere aplicar los tres ensayos.

UTILIDAD DE TEST DE SIMULACIÓN DE LA MEMORIA (TOMM)

Se han generado muchos hallazgos significativos, como que el TOMM es capaz de diferenciar entre los grupos, es decir, entre aquellas personas probables SDN y de quienes no lo son, porque además de presentar un sustancial estímulo externo, en este caso la indemnización laboral debida al accidente presentado, no engañan o fingen presentar una alteración cognitiva importante.

El TOMM es un test de Validez de Síntomas, diseñado específicamente para detectar la exageración o la simulación de trastornos cognitivos, que con base científica permite identificar a la persona que pretende engañar al neuropsicólogo clínico con la presencia de un déficit cognitivo inexistente o menor a lo expresado o al rendimiento llevado a cabo durante una evaluación neuropsicológica, que de acuerdo con Guilmette et al. (1993); Hartman (1995) y Puerta (2010) es considerada la principal fuente de evidencia para apoyar este diagnóstico clínico.

Comenzar a poseer esta herramienta evaluativa, en nuestro contexto, facilitará a los profesionales argumentar muy bien acerca del término simulación, la cual hasta hoy, ha sido asumida con una actitud reacia frente a la controversia de la descripción de este comportamiento, pues estos resultados disminuyen notablemente los errores diagnósticos basados en la intuición clínica, al apropiarse de la evidencia científica.

En segundo lugar, los participantes sospechosos de simulación se comportan en forma notablemente diferente a otras personas, pues disminuye considerablemente su rendimiento, con respecto a los demás, incluyendo a otros pacientes con daño cerebral, en condiciones igualmente de obtener ganancias secundarias y de las personas adultas mayores, ya que con el envejecimiento se observa cierta pérdida cognitiva que no debe interpretarse como un proceso demencial (Friedland, 1993).

Por último es posible la identificación de las variables que se requiere tener en cuenta para el diagnóstico correcto. En lo que respecta al TOMM, el que una persona con probabilidades de simulación considere difícil una prueba que realmente es sencilla, facilita el aumento del comportamiento errático característico del Simulador, incrementando la sensibilidad (Bianchini et al., 2001), que de acuerdo con Puerta (2010), el punto de corte 45 en el ensayo 2, corresponde a una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95%, lo que permite que este punto de corte se deje de convertir en una prueba de rastreo para pasar a ser un diagnóstico con evidencia clínica.

Sin embargo, la especificidad del 95%, indica que se debe ser cauteloso, porque se tiene un 5% de falsos positivos, que pueden corresponder a otros diagnósticos, tales como Deterioro Cognitivo, o Problemas Amnésicos, los cuales el test los clasificaría como Simuladores de Disfunción Neurocognitiva (Elwood, 1993; Puerta, 2010). Adicionalmente, las diferencias estadísticamente observadas entre los diferentes grupos se presentan entre todos los grupos conformados en el Ensayo de Retención, con un tamaño del efecto entre mediano y grande, lo que sugiere que estas diferencias no son difíciles de detectar entre los pacientes de manera

individual, porque las puntuaciones obtenidas en los grupos no se superponen (tamaño del efecto >0.68).

Lo anterior, apoyado en un amplio cuerpo de literatura hasta la fecha, cuando una persona puntúa por debajo en el TOMM, se puede estar seguro de que este resultado representa un pobre esfuerzo por parte del paciente. Estos resultados apoyan las conclusiones de los estudios con participantes en búsqueda de compensación laboral (Aronoff et al., 2007; O'Bryant & Lucas, 2006; Puerta, 2010; Slick, Hopp, Strauss, & Spellacy, 1996).

En lo que respecta al Ensayo 2 del TOMM al igual que al ensayo de Retención, Puerta (2010) demostró y apoyó la información que aparece en la literatura. Sin embargo, para nuestro contexto, los resultados sugieren que el uso del TOMM, se puede tener en cuenta que para considerar un probable simulador, además de cumplir el Criterio A, referido a la presencia de un importante incentivo externo, aporta sustancialmente en la descripción del criterio B, en lo que respecta a la respuesta de sesgo negativa con validez científica, y que el uso del TOMM es muy útil para ser considerado una prueba de rastreo inicial, que facilite y guíe la evaluación del paciente. Corresponde al neuropsicólogo el análisis del cumplimiento del criterio C, que permita descartar la presencia de otro factor psiquiátrico o neurológico que explique el comportamiento del paciente.

Por consiguiente, y de acuerdo con los resultados obtenidos por Puerta (2010), se sugiere fomentar la utilización del TOMM con un punto de corte que posea alta especificidad a costa de la sensibilidad, con el fin de reducir los falsos positivos. (Aronoff et al., 2007). Consecuentes con este enfoque de identificar preferiblemente a alguien que no sea simulador, en vez de no lograr identificar a una persona que esté simulando, el punto de corte de 35 en el ensayo 2 y el ensayo de retención, permite considerar que la probabilidad de clasificar a una persona como simulador sin realmente serlo es del 2%, probabilidad altamente útil en el rastreo de simulación.

Los hallazgos de Puerta (2010) en Colombia, apoyan los obtenidos por Tombaugh et al. (1996, 1997) y por Rees et al., (1998) en que se muestra una fuerte validez del TOMM al facilitar detectar la diferencia entre individuos simuladores y no simuladores con una sensibilidad que varía entre el 84% y el 100%, por lo que se puede considerar de mucha utilidad en la clínica.

En este sentido, sería muy interesante para futuros estudios seguir utilizando diversos diseños metodológicos, tal como el diseño de simulación, en la que se realizan manipulaciones experimentales para controlar las diferentes variables que pueden influir en este rendimiento.

Por último, se pudiera inferir que la incidencia de posibles casos de simulación corresponde aproximadamente al 15% de las personas que han sufrido un Traumatismo Cráneo-Encefálico y que durante la evaluación neuropsicológica se encuentran en espera que se defina su indemnización laboral, dato coherente con

los resultados de Franzen et al. (1990) y Williams (1997). Por tanto, el uso de la herramienta diagnóstica ofrecida por Puerta (2010) permitirá llegar a conclusiones más acertadas en las que el Sistema de Riesgos Profesionales consecuente con el diagnóstico (errado) comienza a brindar prestaciones asistenciales y económicas a problemas inexistentes o exagerados y de esa manera directamente disminuir los altos costos generados por un diagnóstico errado.

Lo anterior, teniendo en cuenta la información gubernamental, que de aproximadamente 467.814 trabajadores que presentan accidentes de trabajo, y la prevalencia de TEC (que corresponde a contusiones, dentro de la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, CIE-10), corresponde al 7.6% (Londoño, Restrepo, Poveda, Mahecha, Rocha, & Cortés, 1997), entonces la posible incidencia de TEC por accidente laboral corresponde a 35.553 personas, de las cuales es posible que 5.332 personas simulen la presencia de Disfunciones Neurocognitivas, cifra supremamente alta para facilitar asistencia médica y económica en casos que no se requieran.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed.) Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

ARONOFF, G., MANDEL, S., GENOVESE, E., MAITZ, E., DORTO, A., KLIMEK, E., STAATS, T. (2007). Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Practice*, 7, 178-204.

ASHENDORF, L., O'BRYANT, S. E., & MCCAFFREY, R. J. (2003). Examining the specificity of malingering profiles in the CVLT and WCST in an older sample. *The Clinical neuropsychologist*, 17, 255–262.

BIANCHINI, K.J., MATHIAS, C.W., & Greve, K.W. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, 15 (1), 19-45.

DONDERS, J. (1999). Specificity of malingering formula for the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 1, 35–42.

DUJARDIN B, VAN DEN ENDE J, VAN GOMPELA, UNGER JP, VAN DER STUYFT P. (1994).

Likelihood ratios: a real improvement for clinical decision making □ *European Journal Epidemiology*, 10, 29-36.

ELWOOD, R. W. (1993). Psychological tests and clinical discriminations: Beginning to address the base rate problem. *Clinical Psychology Review*, 13, 409–419.

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 C.R. Reynolds (Ed.). *Detection of malingering during head injury litigation*. New York, NY: Plenum Press, 1–54.

FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W., & WAGNER, E.H. (1998). *Epidemiología clínica (2da Ed.)* Madrid, España: Masson, Williams & Wilkins.

FRANZEN, M. D., IVERSON, G. L., MCCRACKEN, L. M. (1990). The detection of malingering in neuropsychological assessment. *Neuropsychology Review*, 1, 247–279.

FRIEDLAND, R. P. (1993). Epidemiology education and the ecology of Alzheimer disease. *Neurology*, 43, 246–9.

GLAROS, A. G., & KLINE, R. B. (1988). Understanding the accuracy of tests with cutting scores: The sensitivity, specificity, and predictive value model. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 1013–1023.

GREEN, P., ALLEN, L. M., & ASTNER, K. (1996). *The Word Memory Test: A user's guide to the oral and computer-administered forms, US version 1.1*. Durham, NC: CogniSyst.

GROSSMAN, L. (1996). *Head injuries, malingering and neuropsychological testing*. URL: <http://www.fhipa.com/ipa-head.html>. Fecha última consulta: 31.08.2007.

GUILMETTTE, T. J., HART, K. J., & GUILIAN, A. J. (1993). Malingering detection: the use of forced-choice method in identifying organic versus simulated memory impairment. *The Clinical Neuropsychologist*, 7, 59–69;

HARTMAN, D. E. (1995). *Neuropsychological toxicology: Identification and assessment of human neurotoxic syndromes (2nd Ed.)* New York: Plenum Press; 1995

HATHAWAY & MCKINLEY (1981). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

HEINZE, M. C. & GRISSO, T. (1996). Review of instruments assessing parenting competencies used in child custody evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 14, 293–313

IVERSON, G. L., FRANZEN, M. D., & MCCRACKEN, L. M. (1994). Application of a forced choice memory procedure designed to detect experimental malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 437–450.

KENT, D.A, TOMASSON, K., & CORYELL, W. (1995). Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four-year follow-up. *Psychosomatics*, 36, 138–144.

LONDOO, J. L., RESTREPO, H., POVEDA, J. MAHECHA, C. G., ROCHA, L. F. & CORTÉS, J. M. (1997). Costo de las prestaciones causadas por accidentes laborales en trabajadores de la industria de la construcción afiliados a la ARP-ISS, seccionales de Caldas, Risaralda y Santander. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 15, 121-147.

MANT J. (1999). Is the test effective □ En M. Dawes, P. Davies, A. Gray et al. (Eds). *Evidence-based practice*. Toronto: Churchill Livingstone, 133-137.

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: Plenum.

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.

MEEHL, P.E. & ROSEN, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52, 194-216.

MILLIS, S. R. (1992). The Recognition Memory Test in the detection of malingered and exaggerated memory deficits. *The Clinical Neuropsychologist*, 6, 406–414.

MILLIS, S. R. (1994). Assessment of motivation and memory with the Recognition Memory Test after financially compensable mild head injury. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 601–605.

MITTENBERG, W., THEROU-FICHERA, S., ZIELINSKI, R. R., & HEILBRONNER, R. L. (1995). Identification of malingering head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised. *Professional Psychology. Research and Practice*, 26, 491–498.

MITTENBERG, W., PATTON C, CANYOCK EM, CONDIT DC. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094–1102.

- 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.
- O'BRYANT, S. E., DUFF, K., FISHER, J. M., & MCCAFFREY, R. J. (2004). Performance profiles and cut-off scores on the Memory Assessment Scale in a sample of TBI litigants. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 489–496.
- O'BRYANT, S. E., & LUCAS, J. A. (2006). Estimating the predictive value of the Test of Memory Malingering: an illustrative example for clinicians. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 533–540.
- REES, L. M., TOMBAUGH, T. N., GANSLER, D. A., & MOCZYNSKI, N. P. (1998). Five validation experiments of the Test of Memory Malingering (TOMM). *Psychological Assessment*, 10, 10-20.
- ROGERS, R. (1988). *Clinical Assessment of malingering and deception*. New York: Guilford Press
- ROGERS, R. (1990). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 18, 323-333.
- ROGERS, R. (1997). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.) *Clinical assessment of malingering and deception (2nd Ed.)* New York: The Guilford Press, 373-397.
- SLICK, D.J., SHERMAN, E.M.S., & IVERSON, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545–561.
- TENHULA, W. N. & SWEET, J. J. (1996). Double cross-validation of the Booklet Category Test in detecting malingered traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 10, 104–116.).
- TOMBAUGH, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering: TOMM*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- TOMBAUGH, T. N. (1997). Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment*, 9, 260-268
- TRUEBLOOD, W., & SCHMIDT, M. (1993). Malingering and other validity considerations in the neuropsychological evaluation of mild head injury. *Journal of Clinical Experimental and Neuropsychology*, 5, 197-219.

VILAR-LÓPEZ, R., SANTIAGO-RAMAJO, S., GÓMEZ-RÍO, M., VERDEJO-GARCÍA, A., LLAMAS, J.M. & PÉREZ-GARCÍA, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 379-388.

Williams, A. D. (1997). Special issues in the evaluation of mild traumatic brain injury. In R.J. McCaffrey, A.D. Williams, J.M. Fisher, & L.C. Laing (Eds.) *The practice of forensic neuropsychology. Meeting challenges in the courtroom*. New York: Plenum Press, 71-89.