

Simulación de síntomas en el contexto forense. Una revisión sistemática

Autor

Paola Andrea Perilla Gamboa

paolaperillag@usantotomas.edu.co

Directora

Adriana Patricia Espinosa Becerra

Universidad Santo Tomás

Facultad de Psicología

Posgrados en Psicología Jurídica

Especialización en Psicología Jurídica y Forense

Bogotá, julio de 2019

Resumen

La simulación de síntomas ha sido una estrategia utilizada por los seres humanos a lo largo de la historia para la obtención de beneficios en diferentes aspectos, siendo así, un fenómeno común y frecuente en la evaluación psicológica en el ámbito forense. Su difícil detección y prevalencia varía según el contexto, y la importancia de evaluación radica en que acarrea consecuencias judiciales, financieras y de seguridad sobre la sociedad. Por lo tanto, el presente trabajo de grado propone una revisión sistemática de la literatura e investigación adelantada en los últimos diez años (2008-2018) sobre simulación de síntomas en el contexto forense. El objetivo de este estudio, es identificar los avances y vacíos teóricos, así como los métodos, técnicas e instrumentos de evaluación de este constructo. Como fuentes de datos se indagó en revistas indexadas de las bases de datos Scopus, Web of Science, Science Direct, PsycArticles, Scielo, Redalyc y Psychology Database ProQuest, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión empleados, así como un protocolo de selección y categorización de las fuentes. Ahora bien, los resultados indican que: a) la descripción utilizada por los manuales diagnósticos está permeada por el modelo criminológico; b) no hay un consenso frente a la conceptualización de este constructo; y, c) no hay precisión respecto a la metodología de evaluación. Por consiguiente, se propone una definición y se justifica la motivación de un abordaje multi-método para la evaluación de tan importante constructo.

Palabras clave: revisión sistemática, psicología forense, simulación de síntomas, evaluación, instrumentos.

Abstract

Malingering has been a strategy of human beings throughout history to obtain benefits in different aspects, and it is thus, a common and frequent phenomenon in the psychological assessment in the

forensic field. Its difficult detection and its prevalence are based on the context, and the importance of evaluation lies in the fact it entails judicial, financial and security consequences on society. Therefore, the present degree work proposes a systematic review of the literature and the research carried out in the last ten years (2008-2018) on malingering in the forensic context. The objective of this study is to identify the advances and theoretical gaps, as well as the methods, techniques and instruments of evaluation of this construct. As sources of data, it was investigated in indexed journals of the databases ProQuest, Web of Science, Science Direct, PsycArticles, Scielo, Redalyc and Psychology Database, taking into account the inclusion and exclusion criteria, as well as a protocol for the selection and categorization of sources. However, the results indicate that: a) the description provided by the diagnostic manuals is permeated by the criminological model; b) there is no consensus regarding the conceptualization of this construct; and, c) there is no precision regarding the evaluation methodology. Therefore, a definition is proposed and the motivation of a multi-method approach for the evaluation of such an important construct is justified.

Key words: sistematic review, forensic psychology, malingering, assessment, tests.

Introducción

Las conclusiones de los informes psicológicos forenses traen consigo innumerables consecuencias legales, siendo la simulación de síntomas un fenómeno que puede incidir significativamente en el contexto forense. La evaluación psicológica forense tiene como objetivo establecer el estado mental de un individuo respecto a unos hechos jurídicos, por lo que en su concepto debe establecer un diagnóstico diferencial de simulación (Osuna, López-Martínez, Arce & Vázquez, 2015; Sánchez, Ampudia, Jiménez & Amado, 2017).

Según Santamaría, Capilla Ramírez y González Ordi (2013) el descubrimiento de la simulación no es tarea fácil, pues además de ser compleja es de difícil detección, y hasta hace relativamente poco la literatura científica se ha pronunciado sobre los posibles criterios que comprenden este constructo (Bush et al., 2005). Cabe destacar que la sensibilidad y prevalencia de la simulación en la evaluación varía según el contexto, cambiando su estabilidad y consistencia, pues los motivos de evaluación (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, & Leonard 1998) e implicaciones legales representan diferentes necesidades en los usuarios.

El psicólogo forense, debe tener en cuenta, y hasta se puede decir que está “obligado” a establecer el diagnóstico diferencial de simulación, por lo que no es suficiente establecer conclusiones en términos de impresión clínica, sino que, tanto la comunidad científica como la administración de justicia exigen el pronunciamiento sobre métodos, técnicas e instrumentos válidos y confiables, sustentados con evidencia empírica y que puedan ser replicables (Osuna et al., 2015), es decir, que se fundamenten en el método científico.

Es así como la simulación de síntomas no detectada genera consecuencias judiciales, financieras y de seguridad sobre la sociedad, generando desperdicios, es decir, inversiones

innecesarias de recursos por parte de la administración de justicia (Liu et al., 2013; Myers, Hall, Marshall, Tolou-Shams, & Wooten 2016). Por ejemplo, la no detección de la simulación puede llevar a que los simuladores eviten condenas a través de la defensa de la salud mental, desviando de esta manera recursos necesarios y limitados en la población, como, por ejemplo, la rehabilitación basada en el tratamiento (Myers et al., 2016).

“[...] las investigaciones realizadas hasta la fecha parecen indicar que los seres humanos no somos mejores detectores de la mentira [...], ni siquiera los profesionales vinculados a contextos de simulación, como los psicólogos, los policías o los jueces, mostrarían una especial habilidad a este respecto.” (Aamodt & Custer, 2006; Faust & Ackley, 1998 citados en García-Cortés, Pérez-Fernández, Corbí-Gran, & Martín-Moreno-Blasco, 2017, p. 42).

Debido a lo anterior, se considera pertinente realizar una revisión sistemática de la literatura e investigación que se haya adelantado en los últimos diez años (2008-2018) sobre simulación de síntomas en el contexto forense, ya que no se identifica un consenso en la definición de este constructo y no se identifica una precisión en la metodología de evaluación. Lo anterior es de gran importancia, ya que la literatura establece que la evaluación de la simulación requiere una aproximación multimétodo (Osuna et al., 2015), es decir, la combinación de múltiples medidas psicométricas que logren abordar en su totalidad los objetivos de la labor pericial y la detección de la simulación (Sánchez et al., 2017). Mientras avanzan los estudios y surgen mas preguntas alrededor de la necesidad de evaluar este constructo en el entorno forense, son “pocas” las técnicas e instrumentos disponibles para establecer, si se puede decir con “precisión”, la simulación de sintomatología, así como no hay un consenso frente a las motivaciones relacionadas con este fenómeno (Green, Rosenfeld, Dole, Pivovarov, & Zapf 2008).

Para empezar, se debe considerar que la simulación de síntomas de enfermedades ha sido una estrategia utilizada por los seres humanos a lo largo de la historia (García-Cortés et al., 2017). El Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV TR), define la simulación como "la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivados por incentivos externos" (American Psychiatric Association, 2000; p. 739). Esta versión establece una distinción entre la simulación de síntomas y desórdenes facticios. Explica que la simulación se ve motivada por un incentivo externo y una producción de síntomas psicológicos o físicos no asociados a una enfermedad mental, mientras que los trastornos facticios responden a incentivos internos o, mejor dicho, el deseo de adoptar el rol de enfermo. Asimismo, refiere que la simulación es una clasificación de esfuerzos de exagerar o producir trastornos mentales.

Cabe destacar que, el DSM-IV-TR sugiere que el uso inadecuado e indiscriminado de los criterios de simulación, o la ausencia de una evaluación exhaustiva pueden dar lugar a falsos positivos o negativos (Keyvan, Mehmet Can, Ertürk, & Türkcan, 2015). Ahora bien, en el DSM-5 (2013) se mantiene la definición; sin embargo, se añade lo siguiente "la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales y obtener fármacos." (APA, 2013, p. 726). Se agrega que la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo, y al igual que en la versión anterior, refiere que debe distinguirse del trastorno facticio, y anota que debe diferenciarse del trastorno de conversión y síntomas somáticos.

De acuerdo con lo anterior, en ambas versiones se indican unos "criterios" a partir de los cuales se pueden establecer hipótesis para sospechar la simulación, entre los cuales se proponen:

a) contexto médico legal; b) irregularidad e inconsistencia entre las quejas o discapacidad que refiere el individuo, es decir que, los síntomas indagados no sigan los patrones habituales del cuadro o son atípicos; c) falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y/o el cumplimiento del tratamiento; y, d) presencia de trastornos de personalidad antisocial (Álvarez-Bello, 2013; APA, 2000, 2013).

Objetivos

Objetivo general

Sistematizar las investigaciones seleccionadas sobre simulación de síntomas en el contexto forense, con el fin de identificar avances, métodos, técnicas, instrumentos y hallazgos de evaluación.

Objetivo específicos

- Presentar datos cuantitativos que permiten apreciar el estado actual de la investigación en este tema.
- Dar cuenta de los principales avances teóricos encontrados en las investigaciones seleccionadas.
- Describir las principales técnicas e instrumentos de evaluación de simulación de síntomas.
- Identificar los principales hallazgos de las investigaciones seleccionadas.
- Enunciar los principales vacíos teóricos referentes a la simulación de síntomas.

Metodología

Tipo de estudio

La metodología empleada en este estudio es una revisión sistemática del constructo simulación de síntomas en el contexto forense, con el objetivo de identificar las definiciones propuestas por diferentes autores, los instrumentos de medida y las propiedades psicométricas de los mismos.

La revisión sistemática es un método que busca brindar una visión confiable a partir de la evaluación y síntesis de estudios relevantes que pretenden responder preguntas específicas. Su valor se centra en la incertidumbre que surge frente a la exploración y comprensión de un fenómeno, pues además de brindar una visión general de la evidencia actual, sugiere discusiones para investigaciones futuras. La pertinencia de esta metodología se fundamenta en brindar, en este caso a los psicólogos forenses, una herramienta que de claridad de los conocimientos teóricos, metodológicos, técnicos e instrumentales para la detección de la simulación de síntomas. En síntesis, la revisión sistemática es un proceso metodológico de búsqueda y localización protocolizada de información disponible (publicada o no) referente a una cuestión planteada. La selección de estudios se realiza a partir de unos criterios de inclusión y exclusión que valoran y juzgan la calidad y pertinencia en relación al estudio (Day, 2005; Machado et al., 2009; Petticrew & Roberts, 2008). Los métodos implementados en este estudio se encuentran fundamentados en las directrices establecidas por Petticrew y Roberts (2008) y por el Modelo Campbell para las revisiones sistemáticas.

Recolección de datos

Como fuentes de datos se indagaron revistas indexadas en las siguientes bases de datos: Scopus, Web of Science, Science Direct, PsycArticles, Scielo, Redalyc y Psychology Database ProQuest. Los términos de búsqueda en idioma inglés y traducidos al español que se utilizaron fueron combinados por el operador boleano AND. Asimismo, los términos de búsqueda debían

identificarse en el título, resumen/abstract o palabras clave de las publicaciones comprendidas entre el año 2008 y 2018.

Los términos de búsqueda en inglés fueron: *malingering*; *forensic psychology*; *forensic psychiatry*; *indicator**; *evalua**; *detect*; *instrument*; *valid*; *assessment*; *definition*; *construct*; *measurement*; *prevalence*; *predict*. Y en español fueron: *simulación*; *psicología forense*; *psiquiatría forense*; *evaluación*; *detect*; *instrumento**; *defini**; *constructo**; *prevalencia*; *indicador**; *predic**.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la recolección de información fueron: a) artículos pertenecientes a revistas indexadas, con revisión por pares y factor de impacto; b) artículos de investigación teórica, empírica, reflexivos, meta-análisis o revisiones sistemáticas; c) término de búsqueda “*Malingering*” o “*Simulación*” presentes en el título, el resumen/abstract, o las palabras clave ; d) artículos científicos de psicología; e) disponibles en idioma inglés y/o español; f) artículos científicos publicados entre el año 2008 y 2018.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los artículos que correspondieran a ensayos, capítulos o reseñas de libro, conferencias, tesis y trabajos de grado. Asimismo, fueron excluidos artículos que centraran su estudio en un trastorno psicológico sin que éste estuviera relacionado con la simulación de síntomas. Por otro lado, se excluyeron los artículos cuyo contenido fuera narrativo.

Protocolo de selección y categorización de las fuentes

Se diseñó una base de datos documental que permitió registrar la información acerca de: a) autores con su respectiva información e índices de citación e impacto; b) artículo: con su

respectiva información e índices de citación e impacto; c) revista: con su respectiva información e índices de citación e impacto; d) resumen; e) palabras clave; f) tipo de estudio; g) diseño; h) edad de los participantes; i) sexo de los participantes; j) tamaño muestral; k) población clínica; l) instrumentos o técnicas de evaluación y medición; m) análisis estadístico; n) propiedades psicométricas del instrumento; ñ) definición de simulación de síntomas; o) otras variables psicológicas relacionadas; p) instrucción de simulación; q) beneficio de simulación; r) principales hallazgos. Esta base de datos, como elemento adicional, permitió identificar artículos duplicados al contrastar el título de los artículos o el Identificador de Objetos Digitales (DOI).

Una vez realizada la búsqueda inicial de información, tres revisores/investigadores procedieron de forma independiente a seleccionar las fuentes con base en el cumplimiento de los criterios de inclusión y a excluir aquellos que presenten duplicidad. Dicha selección se estandarizó a través de la estimación de índice de acuerdo interjueces. Si el valor de dicho índice era superior o igual al 66%, la fuente sería incluida; si dicho valor era menor al 66%, el conflicto se resolvería a través de la discusión entre los revisores/investigadores.

Posteriormente, se realizó el mismo procedimiento de selección con base en la lectura del texto completo de las fuentes.

Resultados

Resultados cuantitativos

De acuerdo con los artículos recuperados de las diferentes bases de datos y la aplicación de los diferentes criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 101 artículos. A partir de la lectura rigurosa de cada artículo científico, se realizó un análisis cuantitativo y posteriormente se precisaron los tipos de estudios, la definición del constructo de simulación, los instrumentos utilizados y sus principales hallazgos.

Respecto a la publicación.

La búsqueda realizada en la ventana de tiempo del año 2008 al 2018, indica que la mayor concentración de publicaciones se dio en el año 2013, correspondiente al 16,8% del total de los artículos (17), seguido del año 2017 con 15,8% y el año 2010 con 11,9%, distribución que se presenta en la Figura 1. Cabe destacar que en los intervalos de tiempo del 2010 al 2012 y del 2014 al 2017, se registra una baja concentración relacionada con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Respecto al año 2018, se puede inferir que debido a procesos de publicación no se encontraron suficientes artículos.

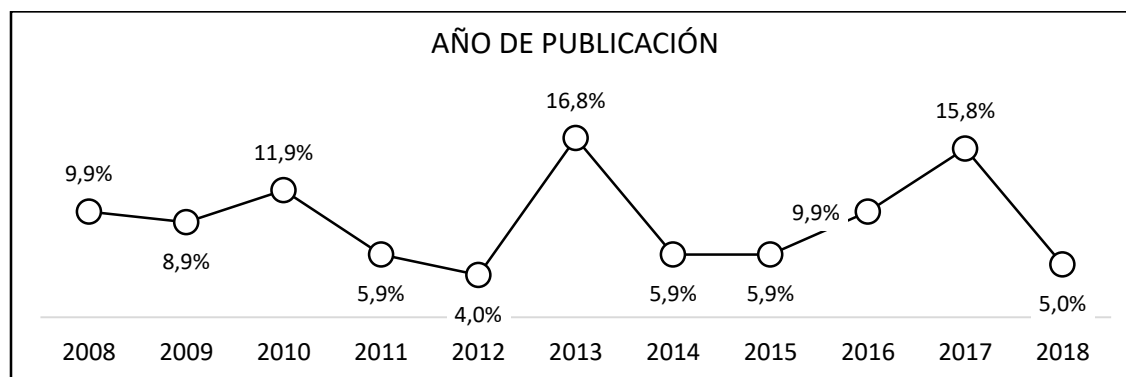


Figura 1. Año de publicación de los artículos seleccionados.

Respecto a los autores.

Respecto a los autores (259 en total), se encontró que el autor con mayor número de publicaciones es Richard Rogers (3,5%), seguido de Harald Merckelbach (3,1%), Ramón Arce (2,3%), Barry Rosenfeld (2,3%), Karen A. Sullivan (1,9%) y Debbie Green (1,5%). En cuanto a la institución de filiación de los autores, se destacan las siguientes: University of North Texas (9 autores), University of California (6 autores), Maastricht University (6 autores), University of Kentucky (5 autores), University of Central Florida, la Universidad Complutense de Madrid (4 autores), Universidad Santiago de Compostela, Universidad de Granada y la Universidad

Autónoma de México (2 autores), entre otras (ver Figura 2.). De las universidades identificadas, solo 18 (12,5%) se encuentran en el índice de Shanghai del año 2018.

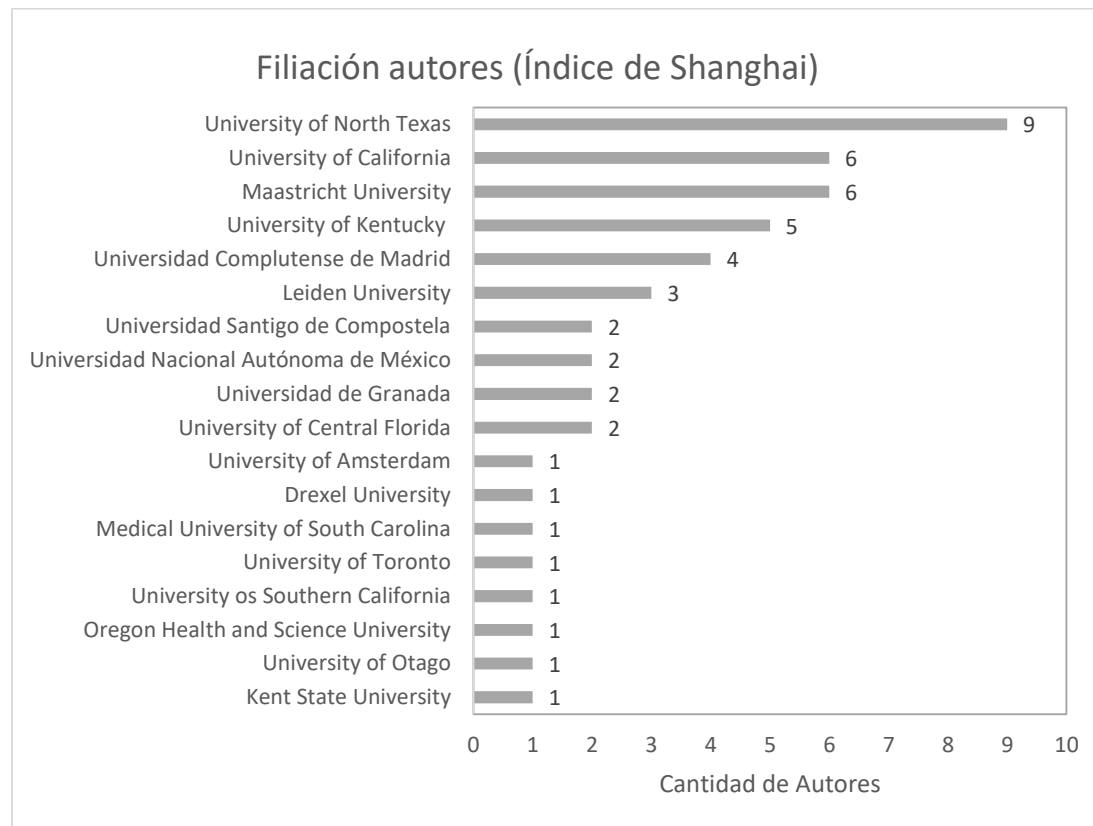


Figura 2. Filiación institucional de los autores y universidades del índice de Shanghai.

Ahora bien, en cuanto a los índices de los autores, el índice H de Google Scholar, indica que 33 de los autores se encuentran en el rango de 3-19 y 1 autor se encuentra en el rango 80-99, siendo R. Michael Bagby con un índice de 96. El índice i10 indica que 36 de los autores se encuentran en el rango de 1-66, 10 en el rango 66-132 y 1 en el rango de 264-330, siendo El autor mencionado anteriormente con un índice de 331. En cuanto al índice H de Scopus, 126 de los autores se encuentran en el rango 1-18, seguido de 33 autores que se encuentran en el rango de 18-36, y 1 autor cuyo índice es el máximo es Monte S. Buchsbaum (90).

El número de citaciones de los autores en Google Scholar presentó un promedio de 4441 y cuyo autor con mayor número de citaciones fue R. Michael Bagby con un total de 39280 citaciones y el mínimo fue de 32 de Margot M. Williams. En relación al número de citaciones Scopus de los autores, se presentó un promedio de 1818, siendo el autor R. Michale Bagby, el autor con mayor número de citaciones (26049), el valor mínimo lo presentó el autor Francisco Javier Álvarez-Bello (1).

Adicionalmente, se identifica que el país de filiación de los autores corresponde al continente americano, europeo, asiático y de Oceanía, a excepción del continente africano. La mayoría de los autores se encuentran filiados en Estados Unidos (40,9%), seguido de España (12,9%) y Australia (4,2%). Cabe destacar que, se identifican autores cuya filiación es latinoamericana, siendo Chile (1,1%) y México (0,8%).

Respecto a los artículos.

Los resultados obtenidos a partir de los 101 artículos extraídos tras la aplicación de los diferentes criterios de inclusión y exclusión (ver apartado “Metodología”), indican que el 86,1% de los artículos se encontraban en el idioma inglés y el 13,9% en español.

En cuanto al número de citación Google Scholar de los artículos seleccionados, 72 de los 101 se encontraron en un rango de 1-30 y 1 del rango 121 a 150, siendo el artículo “*Detection of feigned ADHD in college students*” (Sollman, Ranseen, & Berry, 2010) el de mayor citación (149). En cuanto al número de citaciones del artículo en Scopus, 74 de los artículos se encontraron en el rango de 0-16, el artículo que reportó el mayor número de citaciones fue el mencionado anteriormente, con un total de 82. Referente al impacto de citación del artículo en Scopus, 66 del total de artículos se encuentran en el rango 0-1.19 y el artículo con mayor

impacto de citas es “*False positive diagnosis of malingering due to the use of multiple effort tests*” (Berthelson, Mulchan, Odland, Miller, & Mittenberg 2013) con 3.54.

Referente al número de citas del artículo en Web of Science, 61 del total de artículo se encontraron en el rango de 0-15, y el artículo con mayor número de citas fue “*Detection of feigned ADHD in college students*” con 74. Respecto al conteo de uso de Web of Science, 68 de los artículos se encontraron en el rango de 0-13 registros, el artículo con mayor registro de conteo de uso fue “*Simulation of multiple personalities: a review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder*” (Boysen & VanBergen, 2014) registrando un valor de 63.

Respecto a las revistas.

Respecto a las diferentes revistas indexadas donde fueron publicados los artículos, se registró que 10 de los 101 artículos fueron publicados en Psychological Assessment, seguido de Assessment (9), Clínica y Salud (7), The Clinical Neuropsychologist (6) y Archives of Clinical Neuropsychology (5). Adicional a ello, los países con mayor número de revistas en las que se publicaron los artículos fueron en Estados Unidos (42,6%), seguido de Reino Unido (17%), Holanda (6,4%) y Alemania (4,3%), también destacando el registro de revistas latinoamericanas, como, por ejemplo, la Revista Latinoamericana de Psicología (Colombia), la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (Argentina) y la Revista de Psicología (Perú) (2,1%).

En suma, la mayoría de las revistas registraron encontrarse en el Cuartil SJR Q2 (34,7%), seguido del Q1 (32,7%), Q3 (20,4%) y Q4 (4,1%). La revista que registró un índice de impacto Scopus-SJR más alto fue Clinical Psychology Review, con un índice de 5.226 y cuya revista

también registró el índice de citación en Scopus mas alto (10.56) y el factor de impacto de Web of Science más alto (9.577). En cuanto al Cuartil de la revista en Web of Science se registraron los siguientes resultados Q1 (21,1%), Q2 (17,3%), Q3 (19,2%) y Q4 (9,6%)

Respecto a la indexación de la revista en bases de datos, se tuvo en cuenta la página web MIAR que tiene por objeto la recolección de datos para la identificación y análisis de revistas científicas, se encontró que el 97% de los artículos se encuentran en la base de datos Scopus, seguido de Psycarticles/Psycinfo (65,3%), Redalyc (13,8%), Web of Science (11,9%) y Science Direct (10,9%). Cabe resaltar, que no se registraron artículos publicados en la base de datos Scielo.

Respecto a las propiedades de los estudios.

En relación con el tipo de estudio de los artículos seleccionados, fue utilizado en un 79,2% el tipo de estudio empírico, seguido del teórico (17,8%), metodológico (1%) e instrumental 1%. Respecto a este último, es importante destacar que este artículo tuvo como objetivo evaluar la validez y confiabilidad de la versión china de la Entrevista Estructurada de Síntomas, cuya abreviación corresponde a SIRS-2. Dentro de los hallazgos de este artículo, se encontró que la versión china de este instrumento mostró una consistencia interna satisfactoria, así como presento una sensibilidad adecuada que permitió discriminar supuestos simuladores de pacientes ambulatorios psiquiátricos (Liu et al., 2013). En cuanto a la estrategia de investigación de los estudios, se destaca la manipulativa (78,2%) y la revisión narrativa (9,9%), y referente al diseño de investigación, fue empleado en su mayoría el diseño experimental (68,3%) y el cuasi-experimental (7,9%).

Ahora bien, el promedio del tamaño muestral de los estudios fue de 267,14. El estudio que tuvo el tamaño muestral más alto fue “*A cross-cultural analysis of the Test of Memory Malingering among Latin American Spanish-speaking adults*” con una muestra de 3590. Es importante mencionar, que en dos de los artículos seleccionados no se identificó el tamaño muestral, lo que llama la atención debido a la relevancia que esto podría tener a la hora de replicar estudios tan importantes para el desarrollo de los diferentes métodos, técnicas e instrumentos. En relación a la edad de los participantes, se identifica una frecuencia mayor en los siguientes rangos: adultos 31-60 (58,4%), adultos jóvenes 22-30 (53,5%), adolescentes 13-21 (40,6%) y adulto mayor 61-90 (28,7%). De acuerdo a lo anterior, se identifica que el sexo de los participantes en su mayoría fue mixto, es decir femenino y masculino (42%), seguido de solo masculino (18%) y femenino (6%), y que participaron en los estudios tanto población psiquiátrica, como no psiquiátrica (37,6%).

En los diferentes estudios seleccionados, se identificó que además de abordar el constructo de la simulación, se tuvieron en cuenta variables psicológicas y médicas relacionadas con psicopatología (sin especificar) (14,9%), seguido de trastorno de estrés postraumático (11,9%), trastorno de personalidad antisocial (5,9%), trastorno depresivo y lesiones cerebrales (5%), trastorno de identidad disociativo y huella psíquica/daño psicológico (4%).

Como categoría emergente, se encontró que el 44,6% de los estudios indicaban una instrucción de simulación a sus participantes, con el fin de identificar la sensibilidad de los instrumentos para detectar simuladores de no simuladores, así como identificar patrones de respuesta y/o indicadores de simulación en los evaluados. Por consiguiente, se encontró que la mayoría de estos estudios cuya estrategia fue la instrucción de simulación, asociaban esta con una ventaja económica (20,8%), obtención de tratamiento, evitación de proceso penal, evitación

de penas privativas de la libertad, beneficios en el contexto laboral o académico (relacionado con obtención de beneficios de estudiantes universitarios, por ejemplo, calificación) (2%), contexto escolar (justificación de pérdida de asignaturas, absentismo escolar, entre otros) y casos de guarda y custodia (1%).

En cuanto al análisis estadístico, en la totalidad de artículos se registró que el 31% utilizaron el análisis de varianza Anova, seguido del Alfa de Chronbach (17,2%), Prueba t de Student (10,4%), Manova (10,4%) y Chi cuadrado (10,4%). Es importante destacar, que en el 63,4% de los artículos revisados, no se establece el medio estadístico empleado.

Respecto a los instrumentos psicológicos.

Los instrumentos ¹ más utilizados en los estudios fueron el MMPI-2 (41,6%), seguido del TOMM (28,7%), SIMS (22,8%), SIRS y PAI (20,8%), M-FAST (18,8%), y las versiones abreviadas del MMPI-2-RF (12,9%) y SIRS-2 (11,9%).

Respecto a las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, se encontró que solo 6 de los estudios reportaron validez predictiva, validez externa e incremental (4), validez discriminante y de constructo (3), validez divergente y convergente (1) y la confiabilidad del instrumento (1), ningún artículo reportó validez concurrente, y 87 artículos no reportaron la propiedad psicométrica del instrumento empleado. Finalmente, de los 101 artículos seleccionados, el 79,2% reportó una definición, mientras que el 20,8% no reportó ninguna.

Resultados cualitativos

Definición de simulación.

¹ Ver anexo (Tabla 1.) para ampliar información relacionada con nombre original de cada instrumento, su traducción al idioma español, respectivos autores, objetivo de evaluación, población y descripción de las escalas de validez.

Históricamente, el término “simulación”, se utilizó para definir aquellas situaciones en que las personas fingían estar enfermas como una estrategia para evitar el servicio militar y en ocasiones como una enfermedad. Actualmente, la simulación no se explica como una enfermedad mental, su propósito es obtener compensación, alejarse de entornos penitenciarios, trasladarse a centros de tratamiento, obtención de sustancias psicoactivas, evitar enjuiciamiento, entre otros (Keyvan et al., 2015).

Las definiciones sobre simulación de síntomas han estado disponibles desde el DSM III-R (1987) (Wisdom, Callahan, & Shaw, 2010), por lo que se destaca que durante las últimas décadas, se han visto avances importantes en la evaluación de la simulación y el desarrollo de estrategias de detección, sobre todo porque se ha comprendido que puede ser una cuestión decisiva en el destino de un cliente respecto a medidas privativas de libertad o compensaciones financieras (Kocsis, 2011; Rogers, 1997 citado en Walters et al., 2008). La profesión y la práctica de la psicología forense ha experimentado periodos de crecimiento relevantes, siendo la simulación de síntomas un tema de desarrollo de la investigación (Kocsis, 2009, 2010, 2011). Como se mencionó al inicio de este estudio, la simulación de síntomas es de difícil identificación, y ni siquiera los profesionales más entrenados pueden detectarla fácilmente, ya que, los simuladores buscan activamente no ser “rastreados”, lo que dificulta el conocimiento de la incidencia real. Aunque se resalta que se ha procurado establecer criterios claros para definir operativamente la simulación (Bush, 2005), se debe tener en cuenta la sensibilidad de la simulación en el contexto de evaluación, pues el mismo modelo adaptativo que pretende explicar este fenómeno, es una limitante que trasciende en su detección (Santamaría et al., 2013).

Citando a García-Cortés et al. (2017), donde manifiestan que “Existen varias clasificaciones respecto a la simulación, ninguna de las cuales ha alcanzado un consenso clínico

y/o académico generalizado” (p. 41), se deben tener en cuenta algunas propuestas que se han realizado sobre la definición y comprensión de este constructo. Antoine Porot (1921), propone una de las clasificaciones de simulación de síndromes mentales más conocidas, refiere la existencia de tres tipos de simulación mental: a) total o verdadera; b) sobresimulación; y, c) metasimulación². Ahora bien, en el año 1977, este mismo autor amplía su clasificación del simulador con base en la personalidad y actitud, estableciendo: a) simulador pasivo (se centran en defectos funcionales); b) simuladores activos (la sintomatología se manifiesta a través de procesos psicomotores activos); y, c) simuladores absurdos (quienes manifiestan conductas extravagantes).

Por consiguiente, Vallejo-Nájera (1930), se pronuncia sobre los tipos de simulador en función de la personalidad, entre los cuales propone el simulador: a) inculto; b) sugestionable; c) paranoide; d) histérico; e) mitómano o fabulador; f) emotivo; g) amoral; y, g) profesional; adicional a esta clasificación, se mencionaron sobre los simuladores permanentes (individuos que regularmente presentan anomalías psicológicas significativas). Posterior a esto, Utitz (1950), propuso la siguiente clasificación; a) autosimulación (el individuo cree en la autenticidad de sus síntomas) y b) disimulación (de forma consciente y voluntaria, el individuo oculta información para obtener un beneficio (García-Cortés et al., 2017).

En suma, Rogers, Sewell y Goldstein (1994) y Rogers et al. (1998) brindaron apoyo empírico para establecer la clasificación de la motivación de la simulación basada en tres modelos: a) patológico: la motivación es un trastorno mental o psicopatología en general; b) criminológico: las personas “psicópatas” se mostrarán indiferentes frente a la convención social

² Hace referencia a la exageración o simulación de síntomas que padece una persona. Este tipo de simulación puede ser representada por personas instruídas o entrenadas, no solo por “expertos”, es decir, personas con conocimientos sobre psicopatología (Arce, Fariña, Carballal & Novo, 2006).

o la ley penal, por lo que pueden fingir trastornos mentales para obtener recompensas; y, c) adaptativo: el individuo realiza un análisis de costo-beneficio. Esta propuesta se encuentra sustentada en el porcentaje significativo de individuos que pueden simular síntomas psicopatológicos, especialmente cuando el contexto se percibe como desafiante y aún más, en el contexto de una evaluación psicológica forense.

Adicionalmente, Gisbert (2005 citado en Álvarez-Bello, 2013) establece seis tipos de simulación relacionados con sintomatología asociada a trastornos, entre los que se encuentran: a) enfermedad provocada: dolencia real producida por el mismo individuo para engañar; b) alegada: el individuo reclama su existencia pero sin ningún tipo de manifestación; c) imitada: el individuo simula síntomas de una enfermedad; d) exagerada: se exagera la sintomatología existente para obtener mayores beneficios; y, e) imputada: un trastorno existente se atribuye a un origen distinto del real. Siguiendo el anterior postulado, este mismo autor, plantea los requisitos para la simulación, entre los cuales se encuentra: a) identificación de voluntad consciente de fraude; b) simulación de trastornos psicológicos o síntomas con un fin de ventaja.

Como se ha evidenciado, respecto al constructo que ocupa este estudio, se han realizado diferentes propuestas y ajustes a la definición, sin embargo, Walters et al. (2008) sugieren que se debe comprender la estructura de la psicopatología fingida, pues esto podría contribuir a determinar si la simulación se conceptualiza de forma taxonómica (mediante procedimientos o categorías que investigan la estructura o relación entre los indicadores diseñados para medir el constructo de simulación) o dimensional, es decir, si es continuo.

Por otro lado, Soliman y Resnick (2010) sugieren como desafío, determinar las habilidades genuinas del simulador. Young (2014, 2017) sugiere que la simulación de síntomas debe considerarse como una presentación de síntomas, más no como una producción de

síntomas. Kocsis (2011) expone como la explicación del constructo y sus significados conceptuales son fundamentales en la evaluación. Dicho autor, hace una distinción importante entre fingir y simular, refiere que la diferencia aparentemente semántica, puede confundir la complejidad de los problemas que acarrearán. La definición conceptual de la simulación se fundamenta en la presencia, fabricación o producción intencionada de síntomas, y resalta que un error que presentan los profesionales es creer que los instrumentos psicológicos indicarán la evaluación de la simulación, y si se tiene en cuenta las definiciones hasta ahora presentadas del constructo, no proporcionan información sobre el objetivo motivacional del evaluado frente a posibles indicadores de simulación, por lo que hasta ahora sería imposible determinarlo en un instrumento o técnica.

Masip, Garrido y Herrero (2004 citado en Álvarez-Bello, 2013) establece una distinción entre engaño y simulación, refiriéndose al engaño como un intento deliberado de concebir, fabricar y/o manipular información real o emocional con el fin de crear o mantener en otro una idea que el comunicador considere falsa, mientras que la simulación, se entiende como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos exagerados o falsos, motivados por incentivos externos. Ahora bien, se debe considerar el término “esfuerzo” que se menciona a lo largo de la lectura rigurosa de distintos estudios, refiriéndose, a un concepto fundamental, que se puede determinar como proceso anterior y transversal a la simulación. Este término se refiere a la motivación que tiene una persona para desempeñarse “bien” durante una evaluación psicológica (Ortega, Wagenmakers, Lee, Markowitsch, & Piefke 2012).

A partir de esto, se establecen unos “criterios” mediante los cuales se pueden fundar hipótesis para sospechar la simulación, como lo son: a) contexto médico legal; b) irregularidad e inconsistencia entre las quejas o discapacidad que refiere el individuo, es decir que, los síntomas

indicados no sigan los patrones habituales del cuadro o son atípicos; c) falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y/o el cumplimiento del tratamiento; y, d) presencia de trastornos de personalidad antisocial (Álvarez-Bello, 2013; APA, 2013).

Cabe destacar, que los criterios mencionados, no son excluyentes y están sometidos a consideración (Liu et al., 2013), ya que no todos los individuos que reportan los síntomas en exceso son simuladores, además, esta manifestación no se ha determinado como un rasgo estable o característica perdurable en los individuos, y no se puede establecer el motivo por el cual lo hace (Arce, Fariña, & Seijo, 2013; Ramírez, Ordi, Morales, Santamaría, & Nieto, 2013; Rogers, Vitacco & Kurus, 2010; van Impelen et al., 2014). Por consiguiente, la simulación de síntomas no se puede identificar como un rasgo estable o una característica perdurable en el individuo que la utiliza. La mayoría de los casos de simulación están sujetos a la situación o meta específica (Rogers et al., 2010).

Respecto a esto, Gisbert (2005) refiere que la simulación puede verse motivada por el chantaje, venganza, explotación a la caridad, reclamo de indemnizaciones o alcances de beneficios oficiales (Álvarez-Bello, 2013). Sin embargo, es difícil determinar con exactitud la incidencia de la simulación de síntomas, ya que ésta, está en función del campo de estudio al que interese y en el contexto que se desarrolle el proceso de evaluación (Liu et al., 2013; Merten et al., 2013; Morales & Laguna-Bonilla, 2017), debido a que la simulación de síntomas se basa en gran medida en el reporte y manifestaciones subjetivas del usuario, por ejemplo: interpretaciones sobre experiencias traumáticas y la gravedad de consecuencias emocionales (Ahmadi, Lashani, Afzali, Tavalai & Mirzaee, 2013; Arce et al., 2013; Bush et al., 2005). Sin embargo, Rogers (1997) Rogers, Sewell y Goldstein (1994) establecieron tres niveles de simulación de síntomas: a) leve: exageración de síntomas menor con el fin de obtener un diagnóstico o una intervención;

b) moderado: exageración y fabricación generalizada centrada en síntomas críticos; y c) severo: fabricaciones extensas y rígidas que superan la exageración (Walters et al., 2008; Young et al., 2016). Soliman y Resnick (2010) proponen una distinción entre la simulación de síntomas en un contexto de evaluación de competencia y la situación de enfrentar un juicio, ya que los individuos pueden mostrarse con sintomatologías que los determinen como personas con condiciones psiquiátricas o personas que presentan síntomas genuinos que las hacen incompetentes para ser juzgadas. Se añade, que las principales estrategias de simulación son el deterioro cognitivo y la psicopatología grave.

En cuanto a las estrategias de detección de simulación y defensividad, Gisbert (2005 citado en Álvarez-Bello, 2013) plantea como requisitos para la simulación la identificación de la voluntad consciente del fraude, imitación de trastornos psicológicos o manifestación fingida de síntomas para conseguir ventajas, sin embargo, se debe considerar lo que postula Cobo (2004 citado en Álvarez-Bello, 2013), donde menciona que se debe distinguir lo deliberado y lo no consiente.

Por otra parte, se propone un sistema categorial que comprende las estrategias a las que los potenciales simuladores recurren, entre estas estrategias se encuentran: a) no cooperación con la evaluación; b) síntomas sutiles; c) síntomas improbables; d) síntomas obvios; e) síntomas raros; f) combinación de síntomas; y, g) agrupación indiscriminada de síntomas (Arce, Fariña, Carballal, & Novo, 2006; Osuna et al., 2015).

De acuerdo con estos postulados, se define la simulación de síntomas como un término médico y psicológico (Vetter, Forces, Gallo, Rossler, & Lupi, 2009), que es definido por la APA en el DSM-5 (2013) V65.2 (Z76.5) como “la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el

trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales y obtener fármacos.” (p. 726). La simulación de síntomas se conceptualiza como un estilo de respuesta adaptativo a un conjunto de circunstancias adversas que deben considerar su éxito a partir de los siguientes dominios: trastornos mentales o psicopatología, deterioro cognitivo y síntomas médicos (Bianchini, Etherton, Greve, Heinly, & Meyers, 2008; Rogers et al., 1998 citados en Young, Jacobson, Einzig, Gray, & Gudjonsson, 2016; Rogers et al., 2011; Soliman & Resnick, 2010). En pocas palabras, la simulación al ser parte de un modelo adaptativo, se conceptualiza como un estilo de respuesta específico a un conjunto de circunstancias adversas, es decir, que se puede considerar un estilo de respuesta situacional (Rogers et al., 2010).

Demás resultados referentes a los avances, métodos, técnicas, instrumentos y hallazgos de evaluación.

A continuación, se presentarán categorizados en 3 dimensiones emergentes los resultados identificados:

Teniendo en cuenta los criterios expuestos anteriormente para sospechar la simulación de síntomas, se identificó en los diferentes estudios que este es un constructo multidimensional, por lo que en la actualidad no se ha logrado establecer un consenso, ni se ha identificado un patrón típico de la simulación en la literatura científica (Wisdom et al., 2010), lo único en lo que hasta ahora puede acertar la literatura científica es que, en cuanto más síntomas atípicos y extraños (Merckelbach, Smeets & Jelicic, 2009) se informen y mayor sea su gravedad, mayor será la probabilidad de que los resultados indiquen simulación. Por lo tanto, diversas investigaciones establecen que los simuladores tienden a expresar la simulación en deterioro y de esta manera, mostrarse más incompetentes que los individuos que realmente se encuentran padeciendo de

algún trastorno (Berthelson et al., 2013; Soliman & Resnick, 2010; Springman & Vandenberg, 2009; Walters et al., 2008; Wygant et al., 2009).

Adicionalmente, Franklin (2008) sugiere que la simulación de síntomas podría variar de acuerdo al fin último de la producción de síntomas, por ejemplo, obtención de fármacos o simulación de trastorno psicótico para evadir cargos penales, entre otros. Walters et al. (2008) establecen que las estrategias para la detección de psicopatología fingida y alteraciones cognitivas fingidas deben ser diferentes, pues la psicopatología al adoptar una explicación dimensional y “particular” en algunos aspectos en cada ser humano, puede simularse con mayor efectividad a partir de la implicación de las quejas o en autoinformes (tareas de reconocimiento), mientras que las alteraciones cognitivas son categoriales y casi siempre las medidas centrales se especifican en la memoria.

Novo et al. (2013) sugieren que los simuladores utilizan las siguientes estrategias: agrupación indiscriminada de síntomas, síntomas obvios y síntomas raros, y que también pueden cooperar con la evaluación, esto difiriendo con la predicción del modelo criminológico propuesto en el DSM. Otros estudios, sugieren que las personas pueden distorsionar resultados de las diferentes pruebas incluso sin un conocimiento previo de las escalas.

Ahora bien, Kunst, Aarts, Frolijk y Poelwijk (2016) establecen dos problemas conceptuales en relación con la ganancia secundaria y la intencionalidad de la simulación, y su relación directa con un posible diagnóstico diferencial de trastorno facticio, trastorno somatoforme y/o disociativo. Por otra parte, en algunos idiomas la traducción del constructo, ha presentado dificultades, por ejemplo en alemán la traducción del término limita su significado conceptual, por lo que algunos profesionales, sostuvieron que los resultados estadounidenses no deben aplicarse a contextos europeos, así como se afirma que el modelo propuesto por el DSM-5

mantiene brechas y debilidades conceptuales, pues no proporciona pautas prácticas para establecer si la motivación de simulación es interna o externa y de esta manera diferenciarlo de trastornos somatomorfos o disociativos (Merten & Rogers, 2017).

Respecto a las patologías con mayores tasas de simulación, los resultados indican que las patologías relacionadas con el dolor crónico, los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos son las que están más relacionadas con la exageración de síntomas debido a la interpretación subjetiva a la hora de ser verificada y la posibilidad de obtener incentivos económicos, obtención de incapacidades laborales, reducción de penas y tratamiento. Estos resultados se correlacionan con otros estudios que establecen que las personas tienden a simular patologías prevalentes en la población y que por lo tanto, es altamente probable que hayan experimentado o tengan conocimiento de su repertorio conductual (Santamaría et al., 2013), así como la disponibilidad de información puede proveer a los individuos motivados a simular sintomatología de una manera más sencilla, ya que las personas pueden acceder a la revisión de literatura relacionada con los criterios diagnósticos formales de diferentes trastornos, y de esta forma, pueden familiarizarse con esta información a través de medios populares del internet (Lees-Haley & Dunn, 1994; Ruiz et al., 2002 citados en Sullivan & King, 2010).

Rasgos o trastorno de personalidad antisocial como criterio de sospecha. El modelo criminológico de simulación de síntomas propuesto, no presenta una relevancia estadística si se tienen en cuenta las nuevas conceptualizaciones de psicopatía y trastorno de personalidad antisocial (Niesten, Nentjes, Merckelbach & Bernstein, 2015). Se encontró que los rasgos antisociales y el trastorno de personalidad antisocial no son predictores útiles para identificar simulación de síntomas, es decir que, esto no se relaciona con la manera de exagerar síntomas, por lo consiguiente, no debe tener lugar en la evaluación, pues centrarse en este indicador puede

resultar en grandes errores de clasificación. Por el contrario, se encontró que se encuentra como indicador potencial la atribución de culpa criminal y factores de riesgo relacionados con aspectos sociales y económicos (van Impelen, Merckelbach, Jelicic & à Campo, 2018).

Los estudios propuestos por Niesten et al. (2015) y van Impelen et al. (2017) establecen que el modelo criminológico tiene una base empírica débil que está contaminada de problemas conceptuales, que además, de establecer sesgos, no siempre proponen comprender la simulación desde varias dimensiones (por ejemplo: negar síntomas, informar sobre comportamiento deseable, rendimiento inferior en las pruebas, reporte de síntomas atípicos), por lo que los postulados de este modelo no se ajustan con las sugerencias de evaluación.

Asimismo, el estudio realizado por McDermott y Sokolov (2009) encontró que las personas con trastornos de personalidad antisocial no son más propensas que otras personas a intentar simular síntomas. Por ende, se indica la necesidad de tener mayor precaución al aplicar la etiqueta referente a trastornos o rasgos antisociales, con el fin de no reforzar falsos positivos de simulación.

Aproximación multi-método. Es importante destacar que en el desarrollo y avance de la psicología y sus campos aplicados, la literatura científica afirma que hay una insuficiencia en los métodos publicados y diseñados específicamente para la detección de simulación de síntomas psicológicos (Ahmadi et al., 2013), puesto que no se ha podido abordar en su totalidad el objetivo y motivación de un simulador (DeClue, 2002 citado en Franklin, 2008) de obtener ganancias, evadir la responsabilidad penal o simplemente obtener la calificación de características positivas respecto de intereses en el contexto forense (Arce et al., 2013). En los diferentes estudios revisados, se encontró que ninguna medida de evaluación o control de indicadores de simulación, es suficiente para determinar si un individuo lo está haciendo (López

et al., 2013), sin embargo, esto no significa que siempre que se reportan síntomas en exceso los individuos son simuladores, por lo que el pronunciamiento sobre este tipo de fenómenos debe ser cauteloso.

Esto quiere decir que, aún así se identifique la exageración de sintomatología no es posible identificar su motivación objetivamente, por lo que es bastante complejo establecer un resultado preciso de simulación de síntomas (van Impelen et al., 2014). No obstante, aunque en los últimos años ha aumentado la publicación relacionada con la evaluación (López, Aparicio, Río & García, 2013) de la validez de síntomas (exactitud o veracidad de la presentación de signos y síntomas observados y autoinformados por el examinado) y el desarrollo de medidas, índices y otras estrategias para evaluar al menos una parte o indicador de este constructo a partir de herramientas múltiples (McLaughlin & Kan, 2014), se indica que no hay un consenso frente a los alcances y limitaciones.

Respecto a esta afirmación, esta revisión sistemática encontró que, a lo largo de la historia de abordaje de este constructo, las pruebas de validez se consideraron herramientas para la detección de simulación, afirmación que fue abandonada, pues luego se consideró que las pruebas de validez logran únicamente reconocer los síntomas no creíbles (Merten & Merckelbalch, 2013 citados en van Impelen et al., 2017; van Impelen et al., 2014).

Ahora bien, la evaluación de simulación de síntomas abordada a través de instrumentos de validez se divide en dos categorías: a) pruebas de validez de rendimiento: evalúan la credibilidad del rendimiento en las pruebas cognitivas y b) pruebas de validez de síntomas: evalúan la credibilidad del informe de síntomas (Larrabee, 2012 citado en van Impelen et al., 2017). Es importante resaltar que, las pruebas de validez se basan en la sintomatología que es simulada y el fingimiento intencional. En efecto, la evaluación de la validez de síntomas se

comprende como el proceso a través del cual se realizan determinaciones sobre indicadores de simulación, ya sean síntomas exagerados, fabricados o la intención de minimizar o negar los mismos (Bush et al., 2005). Rogers (2008 citado en Álvarez-Bello, 2013), establece que este indicador de medida se comprende como un método estandarizado que tiene una base conceptual y que se encuentra empíricamente validado, lo que permite distinguir en las diferentes herramientas, la estimación sistemática de respuestas a través de la identificación de los estilos de respuesta.

En cierto modo, al identificar estilos de respuesta, el profesional debe regir sus resultados en función del objetivo de minimizar la clasificación de falsos positivos, situación que es crítica en el contexto forense. Por lo tanto, se ha encontrado que los errores relacionados con falsos positivos disminuyen cuando se implementan enfoques o aproximaciones multi-método en la evaluación de simulación de síntomas. Los resultados de los estudios sugieren que la complejidad que implica la evaluación de este constructo, requiere de la precisión de diferentes estrategias de detección y medidas empíricamente validadas. Por lo tanto, como recomendación, y para disminuir los niveles de error en estos indicadores, se establece que los instrumentos que contengan escalas de validez sean respondidos por los usuarios en presencia del evaluador, asimismo, tener en cuenta una actitud neutral del evaluador respecto a las descripciones o preguntas realizadas por el evaluado, con el fin de no orientar o sugerir sus respuestas (Álvarez-Bello, 2013).

Adicionalmente, los evaluadores en salud mental sugieren tres enfoques para analizar la simulación de síntomas, que se caracterizan por: a) comparar reportes de sintomatología de personas que padecen determinada problemática y que no tienen aparentes motivos para simular, con el reporte de simuladores análogos (personas sanas instruidas para simular determinado

trastorno) (Blanco Saiz & Pallardó Durá, 2013); b) identificar inconsistencias entre las diferentes fuentes de información (entrevistas, entrevistas colaterales, registros conductuales, informes, entre otros); c) utilizar pruebas de validez de síntomas o de validez del rendimiento, pues esto produce resultados que pueden sugerir al evaluador sospechar la misma (Mossman, Wygant, Gervais & Hart, 2018). Cabe destacar que, la confiabilidad test-retest puede llegar a resultar sin relevancia, pues, aunque muchos simuladores no recuerdan los síntomas inventados, otros se esfuerzan por ser consistentes en la presentación de síntomas (Rogers et al., 2010).

En síntesis, debe primar la rigurosidad requerida para el pronunciamiento sobre este tipo de conceptos, pues además de incidir en altos costos socio-sanitarios, tiene que ver con implicaciones legales, así como, la incidencia frente a un posible veredicto de culpabilidad en un acusado inocente (Chafetz & Underhill, 2013; Farina, Arce, Vilarino & Novo, 2014 citados en Sánchez et al., 2017). De ahí que, los diferentes estudios agotan sus conclusiones mencionando que las evaluaciones en contextos forenses deben perseguir un objetivo amplio, profundo e integral de evaluación del estado clínico de un individuo y de establecimiento de un diagnóstico diferencial de simulación. Es decir que, se deben realizar evaluaciones a partir del abordaje de múltiples métodos, técnicas e instrumentos, como, por ejemplo, entrevistas con escalas de control (tareas de conocimiento de síntomas que pueden controlar la capacidad de simular) y medidas psicométricas con escalas de validez.

De manera que, se recomienda que las conclusiones sobre este constructo, además de ser cautelosas, indiquen el grado de certidumbre y el margen de error (en términos de probabilidad) (Álvarez-Bello, 2013), así como, basar los resultados en relación con la información de cada caso en particular (López et al., 2013). De modo similar, se recomienda continuar con el desarrollo investigativo, pues se han registrado avances científicos a partir de la ejecución de

estudios con implementación de incentivos (p.e. incentivos económicos), de muestras representativas dentro del contexto forense, con controles de manipulación (Rogers, Gillard, Wooley & Ross, 2012) y con grupos análogos.

Instrumentos psicológicos de evaluación. Los hallazgos indican que los instrumentos de evaluación en general, proporcionan información sobre los síntomas notificados y si tienen una relación consistente entre sí. Como se ha anotado a lo largo de la exposición de resultados, ninguno de los procedimientos de control de la simulación sometidos a prueba, es por sí mismo totalmente efectivo y válido para la detección de este constructo, pues los estudios sugieren que las personas son capaces de fingir diferentes trastornos con facilidad, pues se establece que en general los instrumentos, por su propia naturaleza, someten a los evaluados a tareas de reconocimiento de síntomas que son difíciles de controlar. Además, el entrenamiento puede hacer que la distorsión en las respuestas de los instrumentos dificulte la detección de la simulación, lo que pone en peligro la validez de las conclusiones (Springman & Vandenberg, 2009). Por esta razón, van Impelen et al. (2017), Geurten, Meulemans, y Seron (2018), establecen que los expertos deben utilizar instrumentos de evaluación de credibilidad de síntomas, pruebas de validez y autoinformes, para que los resultados sean correlacionados.

De acuerdo con los instrumentos más frecuentes utilizados en el ámbito forense (mencionados en el apartado de resultados cuantitativos), se establece que el MMPI es el instrumento psicométrico mas preciso a nivel mundial (Ben-Porath, 2013; Graham, 2011; Greene, 2011; McDermott, 2012 citados en Sánchez et al., 2017), ya que cuenta con un amplio apoyo empírico para la detección de la simulación. Por ejemplo, el estudio realizado por Arce et al. (2009) sugiere que el índice de Gough es un estimador confiable para la detección de indicadores de simulación de huella psíquica en casos de violencia de género.

Por otro lado, los hallazgos indican que el PAI y su escala de validez MAL puede discriminar fuertemente posibles simuladores, además que puede proporcionar una fuerte evidencia de psicopatología fingida en su escala NIM (Rogers et al., 2012; Wooley & Rogers, 2015). Otro estudio sugiere que dicho instrumento, en términos de capacidades en la detección de simulación puede alcanzar a tener ventaja sobre el SCL-90-R, no obstante, ambos cumplen funciones de detección de estilos de respuesta en el evaluado (Sullivan & King, 2010), lo que se corrobora en el estudio de Vetter, Forces, Gallo, Rossler y Lupi (2009).

También, se indica que el TOMM, M-FAST, SIRS y SIMS, presentan altos estándares de sensibilidad y validez predictiva al discriminar posibles simuladores frente a grupos honestos en contextos forenses. Un estudio realizado por Ahmadi et al. (2013) establece que el instrumento M-FAST, puede ser útil para detectar la simulación del trastorno de estrés postraumático. Otro, afirma que el PAI y el SIRS, pueden utilizarse con precaución en pacientes con trastorno disociativo (Brand, Webermann & Frankel, 2016), así como el SIRS-2 y su validación en China, mostró que es una herramienta que presenta altos estándares de validez y confiabilidad (Geurten, Meulemans & Seron, 2018; Liu et al., 2013;).

En cuanto al SIMS, un estudio refiere que este instrumento fue eficaz para discriminar en grupos simuladores y honestos, puede considerarse una prueba robusta contra el entrenamiento (van Impelen et al., 2014), no obstante, un estudio indicó que este instrumento falló en la detección de simulación en individuos somáticos, por lo que advirtió que no debe ser utilizado como medida independiente (De Marchi & Balboni, 2018). Cabe añadir que, un estudio realizado por Blasco Saiz y Pallardó Durá (2013) encontró una correlación positiva entre las escalas del MMPI-2-RF y el SIMS respecto a los síntomas infrecuentes o quejas somáticas, lo que permite inferir que la utilización de ambos instrumentos arroja resultados convergentes en la detección de

simulación, resultado que respalda su uso en la detección de simulación en el contexto médico-legal.

Finalmente, en la mayoría de los instrumentos recomendados y más utilizados, se identifica una validez intercultural limitada, pues no se encuentran estandarizadas y normalizadas las variables relacionadas con el nivel educativo, la edad, u otras variables sociodemográficas que pueden influir en el desempeño de las pruebas psicológicas. Llama la atención, que, en diversos estudios, se resalta la necesidad e importancia de desarrollar instrumentos específicos para población no occidental, así como pruebas que estén validadas en determinados idiomas y grupos poblacionales específicos. También, es importante mencionar que la necesidad de que los instrumentos gocen de validez intercultural, sobre todo en países donde la población inmigrante es elevada, radica en el correcto abordaje de la simulación. Por ejemplo, Estados Unidos, país que lleva la delantera en la investigación de este constructo, presenta elevados porcentajes de población inmigrante, por lo que se solicitan instrumentos que tengan en cuenta variables relacionadas con los grupos poblacionales (Nijdam-Jones, Rivera, Rosenfeld & Arango-Lasprilla, 2017) y de esta manera, apoyar la labor psicológica forense cumpliendo con los aspectos legales y éticos suficientes.

Discusión

De acuerdo con la pregunta de investigación y los objetivos planteados, los resultados permiten dar cuenta que la evaluación de la simulación presenta un desafío en el desarrollo de la ciencia, ya que, además de ser un constructo fundamental en el contexto forense, es un reto en el sistema legal y social de los países.

Ahora bien, los resultados indican que la descripción de la simulación según el manual diagnóstico se ha visto permeada o caracterizada por el modelo criminológico que asume que la simulación de síntomas se relaciona con rasgos o trastornos de personalidad antisocial, lo que se desmiente al encontrar diversos estudios que indican que no hay una correlación significativa, asunto que no debería ser criterio fundamental para la evaluación de este constructo. ¿Pero por qué es esto relevante? Porque el DSM es una fuente ampliamente utilizada respecto a los fundamentos conceptuales y empíricos que competen en este caso a la práctica forense, por lo que los constructos allí planteados deben ser críticos y precisos respecto a su definición y evaluación. Adicionalmente, este resultado presenta una alerta frente al uso de la etiqueta “antisocial” en relación con este constructo.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta revisión sistemática se propuso definir el constructo de simulación de síntomas e indicar sus diferentes metodologías de evaluación. La simulación de síntomas se define como una respuesta adaptativa a un conjunto de circunstancias adversas, expresada mediante la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos, exagerados, minimizados o encubiertos que se identifican en estilos de respuesta y agrupaciones indiscriminadas de síntomas, motivados por incentivos externos, es decir, con el fin de obtener un beneficio. Las motivaciones que pueden evidenciarse en la simulación son el chantaje, la venganza, la explotación a la caridad, indemnizaciones económicas (Gisbert, 2005 citado en Álvarez-Bello, 2013), obtención de tratamientos, atenuantes de la responsabilidad penal, evitación de penas privativas de la libertad, e incluso obtención de beneficios en casos de guarda y custodia (afirmaciones sujetas a consideración dependiendo de los contextos en los que se desarrolle el proceso de evaluación).

Por otro lado, se encuentra que la evaluación de la simulación debe surgir a partir de la combinación de diseños y medidas de evaluación producto de enfoques empíricos responsable (De Marchi & Balboni, 2018), es decir, múltiples métodos, técnicas e instrumentos, que estén en capacidad de detectar la distorsión intencional. En los resultados se estableció que los instrumentos y técnicas más utilizados (MMPI-2, MMPI-2-RF, PAI, TOMM, SCL-90-R, M-FAST, SIRS, SIRS-2 y SIMS) en el ámbito forense para detectar posibles indicadores de simulación, presentan cierta sensibilidad, sin embargo, se establece que los indicadores o informes relacionados con la simulación de síntomas no deben tomarse como valores numéricos o como medidas objetivas (Myers et al., 2016), sino que deben analizarse rigurosamente de acuerdo al caso, puesto que se encuentra que las personas sin tener conocimientos sobre las escalas de validez, son capaces de distorsionar “exitosamente” los mismos. Esto debido a que las personas pueden simular sintomatología asociada a trastornos comunes o trastornos cuya interpretación y verificación de la afectación es meramente subjetiva (por ejemplo, trastornos asociados a dolor crónico o trastornos afectivos). Cabe resaltar, que los instrumentos y técnicas propuestos para la detección de la simulación, no pueden determinar el motivo de la misma, y en si ninguno en su totalidad tiene precisión sobre estos indicadores. Por lo tanto, se recomienda la administración de técnicas e instrumentos que contengan escalas de validez para aumentar la precisión y consistencia sobre la presentación de síntomas, así como las quejas referidas y su correlación con el desempeño en otras técnicas e instrumentos.

Se concluye que la evaluación de la simulación de síntomas debe originarse a partir de la sospecha del evaluador, si el evaluador identifica inconsistencias frente a los síntomas reportados (síntomas atípicos e indiscriminados que no se correlacionan con un historial de funcionamiento) y si el contexto de la evaluación precede la motivación para simular, debe realizarse una

evaluación exhaustiva a partir de la revisión de documentados, como, por ejemplo, registros clínicos previos, antecedentes legales, informes policiales, resultados de instrumentos psicológicos, informes psiquiátricos y/o psicológicos, reportes escolares, etc. Se debe realizar una entrevista con escalas de control que permitan realizar una exploración detallada de los supuestos síntomas con el fin de determinar la validez interna y externa de estos, y se recomienda utilizar pruebas psicológicas con escalas de validez e instrumentos especializados en la detección de síntomas.

Es importante resaltar que la evaluación de la simulación de síntomas debe descartar explicaciones alternativas como daño grave, capacidad funcional en diferentes actividades, trastorno facticio, trastorno somatomorfo, entre otros. Si se identifican altos indicadores de simulación en un evaluado, se recomienda correlacionar las diferentes fuentes de información respecto del funcionamiento anterior y actual del usuario y su relación frente al proceso legal (en contexto forense). Finalmente, se recomienda a los profesionales que emitan conceptos sobre simulación, sustenten sus conclusiones con base en la literatura científica, sobre el conjunto de síntomas referidos, y la capacidad que tiene el evaluado, es decir, su competencia o funcionamiento (Soliman & Resnick, 2010). La invitación que sugieren estos resultados, radica en que el alcance de los conceptos y afirmaciones de los profesionales sobre la simulación de síntomas debe lograrse mediante una verificación rigurosa y proactiva, donde cada experto este entrenado en las diferentes herramientas que permitan identificar y diferenciar sintomatología genuina de la simulada. Lastimosamente, no se cuenta con las herramientas conceptuales y técnicas suficientes para detectar la motivación de la simulación, no obstante, esta debe considerarse cuidadosamente en cada caso.

Por otro lado, los resultados indican numerosas publicaciones sobre el tema, no obstante, se identifica que, américa del norte, especialmente Estados Unidos, es pionero en cuanto a la investigación de este constructo. De la misma forma, en Europa, sobre todo en los Países Bajos, Gran Bretaña, España y Alemania (Dandachi-FitzGerald, Ponds & Merten, 2013; McCarter, Walton, Brooks & Powell, 2009) se han realizado propuestas y contribuciones importantes, sin embargo, aunque hay un consenso frente a la aproximación multi-método de la simulación, siguen evidenciándose vacíos frente a la conceptualización del mismo. Respecto a esto es importante destacar que, se deben promover y construir ejercicios investigativos relacionados con la simulación de síntomas, pues todavía se queda corta la publicación relacionada con población latinoamericana y oriental.

Por esta razón, se establece la identificación de dificultades relacionadas con la evaluación de la simulación asociada a grupos poblacionales y culturales específicos, por ende, se establece que los indicadores de simulación presentan desafíos frente a la estandarización y normalización de las diferentes técnicas e instrumentos. Con esta afirmación, se espera que se dé el paso para el desarrollo de futuros estudios sobre medidas culturalmente válidas, ya que, el desarrollo de la psicología forense y las demás disciplinas se encuentran sujetas a las crisis políticas y sociales de los países, debido a esto la ciencia debe construirse y desarrollarse en relación con la capacidad de abordar las cuestiones internacionales (Merten & Rogers, 2017). Por otro lado, se hace importante notar la importancia de evaluar población clínica y correlacionar dicha información con la manifestación sintomatológica de simuladores.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, se debe considerar que el vacío existente en la conceptualización de la simulación, deja en manos de la experticia y rigurosidad del profesional evaluar correctamente la simulación, pues la simulación es sensible de acuerdo al

contexto, por tanto, el profesional debe ser juicioso en su evaluación y tener en cuenta hipótesis de trabajo que establezcan indicadores de daño clínico severo y de simulación de síntomas, lo que se correlaciona con lo expuesto por Young (2017), autor que establece que la inexistencia de la comprensión uniforme de la simulación y su mejor forma de abordaje y evaluación, puede enfrentar al evaluador con sesgos implícitos desde el inicio. Lo anterior, sugiere la importancia de minimizar y controlar los falsos positivos, pues la evaluación de este constructo no radica en una aproximación única y excluyente, sino en la experticia del evaluador y el criterio más preciso en la selección de técnicas e instrumentos.

Por otro lado, los estudios encontrados demuestran una vulnerabilidad y sensibilidad en la evaluación de diferentes trastornos “polémicos”, como es el caso del trastorno de estrés postraumático (Young, 2017), trastornos de ansiedad, trastornos facticios, somatomorfos, disociativos y/o afectivos. De igual forma, conocer los motivos de simulación con certeza, sigue siendo un peldaño difícil de alcanzar, pues la realidad del contexto indica que las motivaciones de los simulaadores jamás serán conocidas (Myers et al., 2016).

Finalmente, respecto a las condiciones presentadas y para aumentar el conocimiento en el campo específico de la psicología forense, se recomienda estudiar a profundidad los diferentes dominios de la simulación y su estructura dimensional, validar instrumentos de medida en contextos interculturales, desarrollar investigaciones que desarrollen protocolos específicos de simulación de síntomas que realmente puedan responder a este constructo a partir de predictores estadísticos, pues si este constructo no es el más importante, es uno de los más relevantes y preocupantes en el contexto forense. Según Santamaría et al. (2013), la estructura de protocolos especializados en este tema podría facilitar la detección del paciente simulador y la minimización de falsos positivos, pues confirmaría o refutaría la existencia de indicadores de simulación.

Por otra parte, Wooley y Rogers (2015) recomiendan que las futuras investigaciones tengan como objetivo indagar sobre indicadores de simulación de síntomas y su relación con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, también, intentar establecer puntos de corte bien definidos que minimicen los errores de clasificación o medición, así como, se propone una investigación ambiciosa que busque realizar estudios en los que se puedan identificar la diferencia entre los indicadores de una persona con síntomas genuinos y simuladores, en los diversos trastornos.

Referencias

- *Ahmadi, K., Lashani, Z., Afzali, M. H., Tavaiaie, S. A., & Mirzaee, J. (2013). Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC psychiatry*, 13(1), 154.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- *Álvarez-Bello, F. J. (2013). El control del engaño en la evaluación psicológica forense de la violencia de género: posibilidades y limitaciones en el contexto chileno. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23.
- Alwes, Y. R., Clark, J. A., Berry, D. T., & Granacher, R. P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 133-140.
- Arce, R., Fariña, F., & Buela, G. (2008). Assessing and detecting the ability to faking psychological injury as a consequence of a motor vehicle accident on the MMPI-2 using mock victims. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 485-496.
- *Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., & Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2).
- *Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., & Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21(2), 241-247.
- *Arce, R., Fariña, F., & Seijo, D. (2013). ¿Disimulan los progenitores en litigio por la custodia en el 16 PF-5? *Anuario de psicología jurídica*, 23.
- Arce, R., Fariña, F., & Vilariño, M. (2015). Daño psicológico en casos de víctimas de violencia de género: estudio comparativo de las evaluaciones forenses. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 72-80.
- Ávila-Espada, A., & Jiménez-Gómez, F. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- *Berthelson, L., Mulchan, S. S., Odland, A. P., Miller, L. J., & Mittenberg, W. (2013). False positive diagnosis of malingering due to the use of multiple effort tests. *Brain Injury*, 27(7-8), 909-916.

- *Bianchini, K. J., Etherton, J. L., Greve, K. W., Heinly, M. T., & Meyers, J. E. (2008). Classification accuracy of MMPI-2 validity scales in the detection of pain-related malingering: A known-groups study. *Assessment*, 15(4), 435-449.
- *Blasco Saiz, J. L., & Pallardó Durá, L. (2013). Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 24(3), 177-183.
- Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: a review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical psychology review*, 34(1), 14-28.
- Brand, B. L., & Chasson, G. S. (2015). Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 93.
- Brand, B. L., Webermann, A. R., & Frankel, A. S. (2016). Assessment of complex dissociative disorder patients and simulated dissociation in forensic contexts. *International journal of law and psychiatry*, 49, 197-204.
- Brand, B. L., Webermann, A. R., Snyder, B. L., & Kaliush, P. R. (2018). Detecting clinical and simulated dissociative identity disorder with the Test of Memory Malingering. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., ... & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity NAN policy & planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 419-426.
- Butcher, J.N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. University of Minnesota Press
- Chmielewski, M., Zhu, J., Burchett, D., Bury, A. S., & Bagby, R. M. (2017). The comparative capacity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) and MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) validity scales to detect suspected malingering in a disability claimant sample. *Psychological assessment*, 29(2), 199.
- Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2012). Assessment of litigation context, suggestion, and malingering measures among simulated personal injury litigants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(3), 238-258.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(8), 771-783.
- Day, R. A. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos* (Tercera edición). Washington DC. Organización Panamericana de Salud.

- *De Marchi, B., & Balboni, G. (2018). Detecting malingering mental illness in forensics: Known-Group Comparison and Simulation Design with MMPI-2, SIMS and NIM. *PeerJ*, 6, e5259.
- *Franklin, K. (2008). Malingering as a dichotomous variable: Case report on an insanity defendant. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(1), 95-107.
- Freeman, T., Powell, M., & Kimbrell, T. (2008). Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 158(3), 374-380.
- Gaines, M. V., Giles, C. L., & Morgan, R. D. (2013). The detection of feigning using multiple PAI scale elevations: A new index. *Assessment*, 20(4), 437-447.
- *García-Cortés, A., Pérez-Fernández, F., Corbí-Gran, B., & Martín-Moreno-Blasco, C. (2017). Estudio de caso: ¿simulación o trastorno de personalidad múltiple? *Clínica y Salud*, 28(1), 39-45.
- Ger, M. C., LJOHIY, N. D., ÖNCÜ, F., Keyvan, A., ÖZGEN, G., & TÜRKCAN, A. (2016). Clinical Characteristics of Malingering Among Arrested and Convicted Male Cases That are Sent For Treatment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 27(4).
- *Geurten, M., Meulemans, T., & Seron, X. (2018). Detecting over-reporting of symptoms: the French version of the self-report symptom inventory. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(sup1), 164-181.
- Gottfried, E., & Glassmire, D. (2016). The relationship between psychiatric and cognitive symptom feigning among forensic inpatients adjudicated incompetent to stand trial. *Assessment*, 23(6), 672-682.
- *Green, D., Rosenfeld, B., Dole, T., Pivovarov, E., & Zapf, P. A. (2008). Validation of an abbreviated version of the Structured Interview of Reported Symptoms in outpatient psychiatric and community settings. *Law and human behavior*, 32(2), 177-186.
- Green, D., Rosenfeld, B., & Belfi, B. (2013). New and improved? A comparison of the original and revised versions of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Assessment*, 20(2), 210-218.
- Greve, K. W., Binder, L. M., & Bianchini, K. J. (2009). Rates of below-chance performance in forced-choice symptom validity tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(3), 534-544.
- Grossi, L. M., Green, D., Einzig, S., & Belfi, B. (2017). Evaluation of the Response Bias Scale and Improbable Failure Scale in assessing feigned cognitive impairment. *Psychological assessment*, 29(5), 531.
- Hawes, S. W., & Boccaccini, M. T. (2009). Detection of overreporting of psychopathology on the Personality Assessment Inventory: a meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 21(1), 112.
- Hoover, S., Zottoli, T. M., & Grose-Fifer, J. (2014). ERP correlates of malingered executive dysfunction. *International Journal of Psychophysiology*, 91(2), 139-146.
- Ingram, P. B., & Ternes, M. S. (2016). The detection of content-based invalid responding: A meta-analysis of the MMPI-2-Restructured Form's (MMPI-2-RF) over-reporting validity scales. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(4), 473-496.

- Jelicic, M., Ceunen, E., Peters, M. J., & Merckelbach, H. (2011). Detecting coached feigning using the Test of Memory Malingered (TOMM) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 850-855.
- Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G., & Ampudia Rueda, A. (2008). Utilidad de la escala Odecip de Nichols & Greene, (1991) en el MMPI-2. ODECP Y MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(26).
- Jones, A. (2016). Cutoff scores for MMPI-2 and MMPI-2-RF cognitive-somatic validity scales for psychometrically defined malingering groups in a military sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(7), 786-801.
- Jones, S. M. (2017). Dissimulation strategies on standard neuropsychological tests: A qualitative investigation. *Brain injury*, 31(8), 1131-1141.
- *Keyvan, A., Mehmet Can, G. E. R., Ertürk, S. G., & Türkcan, A. (2015). The validity and reliability of the Turkish version of Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(3), 296.
- King, J., & Sullivan, K. A. (2009). Detering malingered psychopathology: The effect of warning simulating malingerers. *Behavioral sciences & the law*, 27(1), 35-49.
- *Kocsis, R. N. (2011). The structured interview of reported symptoms 2nd edition (SIRS-2): The new benchmark towards the assessment of malingering. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 11(1), 73-81.
- Kosheleva, E., Spadoni, A. D., Strigo, I. A., Buchsbaum, M. S., & Simmons, A. N. (2016). Faking bad: The neural correlates of feigning memory impairment. *Neuropsychology*, 30(3), 377.
- *Kunst, M. J. J., Aarts, M., Frolijk, J., & Poelwijk, R. (2016). Exploring the residual effects of malingering in mock victims of violent crime: an experimental vignette study. *Psychology, Crime & Law*, 22(3), 238-251.
- Lande, R. G., & Williams, L. B. (2013). Prevalence and characteristics of military malingering. *Military medicine*, 178(1), 50-54.
- Lange, R. T., Sullivan, K. A., & Scott, C. (2010). Comparison of MMPI-2 and PAI validity indicators to detect feigned depression and PTSD symptom reporting. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 229-235.
- *Liu, C., Liu, Z., Chiu, H. F., Carl, T. W. C., Zhang, H., Wang, P., & Wang, Y. (2013). Detection of malingering: psychometric evaluation of the Chinese version of the structured interview of reported symptoms-2. *BMC psychiatry*, 13(1), 254.
- *López, R. V., Aparicio, M., Río, M. G., & García, M. P. (2013). Utilidad de los índices de memoria verbal para detectar simulación en población española. *Clínica y Salud*, 24(3), 169-176.

- Love, C. M., Glassmire, D. M., Zanolini, S. J., & Wolf, A. (2014). Specificity and false positive rates of the Test of Memory Malinger, Rey 15-Item Test, and Rey Word Recognition Test among forensic inpatients with intellectual disabilities. *Assessment*, 21(5), 618-627.
- Machado, R., Tamames, S., López, M., Mohedano, L., D'agostino, M., & Veiga, J. (2009). Revisiones sistemáticas Exploratorias, Medicina y Seguridad del Trabajo, 55(216), 12-19.
- Marion, B. E., Sellbom, M., Salekin, R. T., Toomey, J. A., Kucharski, L. T., & Duncan, S. (2013). An examination of the association between psychopathy and dissimulation using the MMPI-2-RF validity scales. *Law and human behavior*, 37(4), 219.
- McCarter, R. J., Walton, N. H., Brooks, D. N., & Powell, G. E. (2009). Effort testing in contemporary UK neuropsychological practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(6), 1050-1066.
- *McDermott, B. E., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: the use of the structured interview of reported symptoms in a jail sample. *Behavioral sciences & the law*, 27(5), 753-765.
- *McLaughlin, J. L., & Kan, L. Y. (2014). Test usage in four common types of forensic mental health assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(2), 128.
- *Merckelbach, H., Smeets, T., & Jelicic, M. (2009). Experimental simulation: Type of malingering scenario makes a difference. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(3), 378-386.
- *Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Hall, V., Schmandd, B. A., Santamaríae, P., & González-Ordi, H. (2013). Symptom validity assessment in European countries: Development and state of the art. *Clínica y Salud*, 24(3), 129-138.
- *Merten, T., & Rogers, R. (2017). An international perspective on feigned mental disabilities: conceptual issues and continuing controversies. *Behavioral sciences & the law*, 35(2), 97-112.
- Miller, H. A. (1991). *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST)*.
- Mogge, N. L., Lepage, J. S., Bell, T., & Ragatz, L. (2010). The negative distortion scale: A new PAI validity scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 77-90.
- *Morales, M. I. C., & Laguna-Bonilla, S. (2017). Trastorno de síntomas somáticos: de la sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 28(3), 131-138.
- Morey, L. C. (1991). *The personality assessment inventory (PAI)*.
- *Mossman, D., Wygant, D. B., Gervais, R. O., & Hart, K. J. (2018). Trial 1 versus Trial 2 of the Test of Memory Malinger: Evaluating accuracy without a “gold standard”. *Psychological assessment*, 30(1), 74.

- Myers, W. C., Hall, R. C., & Tolou-Shams, M. (2013). Prevalence and assessment of malingering in homicide defendants using the Mini-Mental State Examination and the Rey 15-Item Memory Test. *Homicide studies*, 17(3), 314-328.
- *Myers, W. C., Hall, R., Marshall, R., Tolou-Shams, M., & Wooten, K. (2016). Frequency and Detection of Malingering in Homicide Defendants Undergoing Criminal Responsibility Evaluations Using the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality: A Feasibility Study. *SAGE Open*, 6(2), 2158244016638131.
- *Niesten, I. J., Nentjes, L., Merckelbach, H., & Bernstein, D. P. (2015). Antisocial features and “faking bad”: A critical note. *International journal of law and psychiatry*, 41, 34-42.
- *Nijdam-Jones, A., Rivera, D., Rosenfeld, B., & Arango-Lasprilla, J. C. (2017). A cross-cultural analysis of the Test of Memory Malingering among Latin American Spanish-speaking adults. *Law and human behavior*, 41(5), 422.
- Nijdam-Jones, A., & Rosenfeld, B. (2017). Cross-cultural feigning assessment: A systematic review of feigning instruments used with linguistically, ethnically, and culturally diverse samples. *Psychological assessment*, 29(11), 1321.
- *Novo, M., Fariña, F., Seijo, D., & Arce, R. (2013). Eficacia del MMPI-A en casos forenses de acoso escolar: Simulación y daño psicológico. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 33-40.
- Ortega, A., Labrenz, S., Markowitsch, H. J., & Piefke, M. (2013). Diagnostic accuracy of a Bayesian latent group analysis for the detection of malingering-related poor effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(6), 1019-1042.
- *Ortega, A., Wagenmakers, E. J., Lee, M. D., Markowitsch, H. J., & Piefke, M. (2012). A Bayesian latent group analysis for detecting poor effort in the assessment of malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(4), 453-465.
- *Osuna, E., López-Martínez, M., Arce, R., & Vázquez, M. J. (2015). Analysis of response patterns on the MMPI-2 in psychiatric prison inmates. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 29-36. 9
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Review of Systematic reviews in the social sciences. A practical guide* (Vol. 11, No. 3, p. 244). Hogrefe & Huber Publishers.
- Pierson, A. M., Rosenfeld, B., Green, D., & Belfi, B. (2011). Investigating the relationship between antisocial personality disorder and malingering. *Criminal Justice and Behavior*, 38(2), 146-156.
- *Ramírez, P. C., Ordi, H. G., Morales, M. I. C., Santamaría, P., & Nieto, M. A. P. (2013). Fibromialgia: ¿exageración o simulación? *Clínica y Salud*, 24(3), 185-195.
- Rogers, R., Gillard, N. D., Berry, D. T., & Granacher, R. P. (2011). Effectiveness of the MMPI-2-RF validity scales for feigned mental disorders and cognitive impairment: A known-groups study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 355-367.

- *Rogers, R., Gillard, N. D., Wooley, C. N., & Ross, C. A. (2012). The detection of feigned disabilities: The effectiveness of the Personality Assessment Inventory in a traumatized inpatient sample. *Assessment*, 19(1), 77-88.
- Rogers, R., Kenneth, W., Sewell, K. W., & Nathan, D., Guillard, M. S. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition (SIRS) (SIRS-2)*
- 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(4), 353-367.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering. *Law and human behavior*, 18(5), 543-552.
- Rogers, R., Robinson, E. V., & Gillard, N. D. (2014). The SIMS screen for feigned mental disorders: The development of detection-based scales. *Behavioral sciences & the law*, 32(4), 455-466.
- *Rogers, R., Vitacco, M. J., & Kurus, S. J. (2010). Assessment of malingering with repeat forensic evaluations: Patient variability and possible misclassification on the SIRS and other feigning measures. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 38(1), 109-114.
- *Sánchez, G., Ampudia, A., Jiménez, F., & Amado, B. G. (2017). Contrasting the efficacy of the MMPI-2-RF overreporting scales in the detection of malingering. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(2), 51-56.
- Sánchez Crespo, G., Jiménez Gómez, F., & Ampudia Rueda, A. (2008). Detectando el perfil simulador en el MMPI-2: una propuesta basada en la investigación. *Revista de Psicología (Lima)*, 26(2), 277-298.
- *Santamaría, P., Capilla Ramírez, P., & González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151.
- Schenk, K., & Sullivan, K. A. (2010). Do warnings deter rather than produce more sophisticated malingering? *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 32(7), 752-762.
- Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T., & Duncan, S. (2010). Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design. *Psychological Assessment*, 22(1), 22.
- Sharf, A. J., Rogers, R., Williams, M. M., & Henry, S. A. (2017). The effectiveness of the MMPI-2-RF in detecting feigned mental disorders and cognitive deficits: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(3), 441-455.

- Smith, S. T., Cox, J., Mowle, E. N., & Edens, J. F. (2017). Intentional inattention: Detecting feigned attention-deficit/hyperactivity disorder on the Personality Assessment Inventory. *Psychological assessment*, 29(12), 1447.
- *Soliman, S., & Resnick, P. J. (2010). Feigning in adjudicative competence evaluations. *Behavioral sciences & the law*, 28(5), 614-629.
- Sollman, M. J., Ranssen, J. D., & Berry, D. T. (2010). Detection of feigned ADHD in college students. *Psychological assessment*, 22(2), 325.
- Soria, M. Á., Yepes, M., & Armadans, I. (2011). Effectiveness of clinical assessment in Spanish forensic practice: detecting malingered psychological sequelae in victims of intimate partner violence. *The European Journal of Psychiatry*, 25(1), 8-18.
- *Springman, R. E., & Vandenberg, B. R. (2009). The effects of test-strategy coaching on measures of competency to stand trial. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 9(3), 179-198.
- Steffan, J. S., Morgan, R. D., Lee, J., & Sellbom, M. (2010). A comparative analysis of MMPI-2 malingering detection models among inmates. *Assessment*, 17(2), 185-196.
- Sullivan, K. A., & Elliott, C. (2012). An investigation of the validity of the MMPI-2 response bias scale using an analog simulation design. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(1), 160-176.
- *Sullivan, K., & King, J. (2010). Detecting faked psychopathology: A comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry research*, 176(1), 75-81.
- Sullivan, K. A., Lange, R. T., & Edmed, S. L. (2016). Utility of the Neurobehavioral Symptom Inventory Validity-10 index to detect symptom exaggeration: An analogue simulation study. *Applied Neuropsychology: Adult*, 23(5), 353-362.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering: TOMM*. New York/Toronto: MHS.
- *van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365.
- *van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & à Campo, J. (2018). Antisocial features are not predictive of symptom exaggeration in forensic patients. *Legal and Criminological Psychology*.
- *van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., Niesten, I. J., & à Campo, J. (2017). Differentiating Factitious from Malingered Symptomatology: the Development of a Psychometric Approach. *Psychological injury and law*, 10(4), 341-357.
- van Impelen, A., Merckelbach, H., Niesten, I. J., Jelicic, M., Huhnt, B., & Campo, J. A. (2017). Biased symptom reporting and antisocial behaviour in forensic samples: A weak link. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(4), 530-548.

- Van Oorsouw, K. I. M., & Merckelbach, H. (2010). Detecting malingered memory problems in the civil and criminal arena. *Legal and Criminological Psychology*, 15(1), 97-114.
- *Vetter, S., Forces, S. A., Gallo, W. T., Rossler, W., & Lupi, G. G. (2009). The pattern of psychopathology associated with malingering tendencies at basic psychiatric screening of the Swiss Armed Forces. *Military medicine*, 174(2), 153-157.
- Vitacco, M. J., Jackson, R. L., Rogers, R., Neumann, C. S., Miller, H. A., & Gabel, J. (2008). Detection strategies for malingering with the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test: A confirmatory factor analysis of its underlying dimensions. *Assessment*, 15(1), 97-103.
- *Walters, G. D., Rogers, R., Berry, D. T., Miller, H. A., Duncan, S. A., McCusker, P. J., ... & Granacher Jr, R. P. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: The latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *Psychological Assessment*, 20(3), 238.
- Weiss, P. A., Bell, K. J., & Weiss, W. U. (2010). Use of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in detecting criminal malingering. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 49-55.
- Weiss, R. A., & Rosenfeld, B. (2017). Identifying feigning in trauma-exposed African immigrants. *Psychological assessment*, 29(7), 881.
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. PAR.
- Williams, J. M. (2011). The malingering factor. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(3), 280-285.
- *Wisdom, N. M., Callahan, J. L., & Shaw, T. G. (2010). Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(2), 118-125.
- *Wooley, C. N., & Rogers, R. (2015). The effectiveness of the personality assessment inventory with feigned PTSD: An initial investigation of Resnick's model of malingering. *Assessment*, 22(4), 449-458.
- *Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., Arbisi, P. A., Berry, D. T., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2009). Examination of the MMPI-2 restructured form (MMPI-2-RF) validity scales in civil forensic settings: Findings from simulation and known group samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(7), 671-680.
- *Young, G. (2017). PTSD in Court III: Malingering, assessment, and the law. *International journal of law and psychiatry*, 52, 81-102.
- *Young, S., Jacobson, R., Einzig, S., Gray, K., & Gudjonsson, G. H. (2016). Can we recognise malingerers? The association between malingering, personality traits and clinical

impression among complainants in civil compensation cases. *Personality and Individual Differences*, 98, 235-238.

Yoxall, J., Bahr, M., & O'Neill, T. (2017). Faking bad in workers compensation psychological assessments: elevation rates of negative distortion scales on the personality assessment inventory in an Australian sample. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(5), 682-693.

Anexos

Tabla 1.
Instrumentos psicológicos

Instrumento	Nombre original	Autor(es)	Baremos disponibles	Objetivo de evaluación	Población	Escalas de validez
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2	J.N. Butcher, J.R. Graham, Y. S. Ben-Porath, A. Tellegen, W. G. Dahlstrom y B. Kaemmer, (1989); Adaptadores: : A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez	España y Argentina	Evalúa alteraciones psicopatológicas	Adultos	Incluye escalas de validez, de contenido y suplementarias: Fp, FBS, RBS y S
MMPI-2-RF	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado	Y. S. Ben-Porath y A. Tellegen (2008); Adaptadores: P. Santamaría		Nueva versión del MMP-2I, cuyan innovaciones se centran en la disminución del número de ítems, así como el conjunto de nuevas escalas.	Adultos	Contiene 8 escalas de validez que se relacionan con la ausencia de respuesta al contenido y exageración o minimización de síntomas.
TOMM	Test of Memory Malinger / Test de Simulación de Problemas de Memoria	T. N. Tombaugh (1996); Adaptadores: : R. Vilar-López, M. Pérez y A. E. Puente	España y Argentina	Prueba de memoria de reconocimiento visual que permite discriminar individuos simuladores de problemas de memoria.	Adultos	
SIMS	Structured Inventory of Malingered Symptomatology /	M.R. Widows y G.P. Smith (2005); Adaptadores:	España	Detecta patrones de simulación de síntomas de carácter	Adultos	Síntomas improbables

	Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas	H. González, P. Santamaría		psicopatológico y neuropsicológicos en contextos clínicos, laborales, médico-legales y forenses.		
PAI	Personality Assessment Inventory / Inventario de Evaluación de la Personalidad	L.C. Morey (1991); Adaptadores: M. Ortiz-Tallo, P. Santamaría, V. Cardenal y M. P. Sánchez	España, Argentina, Chile y México	Evalúa trastornos mentales, así como proporciona información para el diagnóstico y brinda información sobre grupos forenses específicos.	Adultos	Inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva
SIRS / SIRS-2	Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition	Richard Rogers, Kenneth W. Sewell, and Nathan D. Gillard, MS (1992)	Modelo de entrevista validado en idioma español para residentes en Estados Unidos	Modelo de entrevista estructurada que evalúa simulación de síntomas psicopatológicos.	Adultos	8 escalas primarias y 5 suplementarias para representar las estrategias de detección de simulación en síntomas poco probables o síntomas amplificados
M-FAST	Miller Forensic Assessment of Symptoms Test	Holly A. Miller (1991)		Entrevista de detección de simulación de psicopatología de 25 ítems.	Adultos	Síntomas reportados vs. observados, sintomatología extrema, combinaciones raras, alucinaciones inusuales, curso de síntomas inusuales, imagen negativa y sugestionabilidad.

Nota. Recuperado de: Ávila-Espada, A., & Jiménez-Gómez, F. (1999). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Madrid: TEA Ediciones, SA.; Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). MMPI-2-RF, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: manual for administration, scoring and interpretation. University of Minnesota Press.; Miller, H. A. (1991). Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (*M-FAST*).; Morey, L. C. (1991). The personality assessment inventory; Rogers, R., Kenneth, W., Sewell, K. W., & Nathan, D., Guillard, M. S. (1992). Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition (*SIRS*) (*SIRS-2*); Tombaugh, T. N. (1996). Test of memory malingering: TOMM. New York/Toronto: MHS.; Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. PAR.