
DETECCIÓN DE SIMULACIÓN EN ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEPRESIÓN

DETECTION OF MALINGERING IN POST-TRAUMATIC STRESS AND DEPRESSION

BLANCA MATALOBOS VEIGA

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDI

Universidad Complutense de Madrid

e-mail: hectorgo@psi.ucm.es

RESUMEN

El presente artículo se centra en una revisión sobre los instrumentos de evaluación existentes para ayudar a la detección de simulación del estrés posttraumático y la depresión. Respecto al estrés posttraumático, los instrumentos de evaluación que mayor evidencia empírica para la detección de simulación han aportado son el MMPI-2, el PAI, el SIRS, y el TSI, junto con medidas de la actividad psicofisiológica. Para la depresión, las pruebas de evaluación de rendimiento neurocognitivo y especialmente memoria, como el TOMM, son las más utilizadas. Se concluye que es necesario un mayor esfuerzo investigador para diseñar y desarrollar pruebas altamente específicas para la detección de simulación de síntomas de estrés posttraumático y depresión.

PALABRAS CLAVE

Simulación, Estrés posttraumático, Depresión.

ABSTRACT

In this paper an overview of the assessment instruments for the detection of malingering regarding posttraumatic stress disorder and depression is carried out. Regarding PTSD, MMPI-2, PAI, SIRS, TSI, and psychophysiological activity measurements are the strategies and instrument that demonstrated more empirical evidence in detecting malingering. Regarding depression, neuropsychological instruments, especially memory performance tests such as TOMM, are widely used. It is concluded with the need of greater research efforts in designing and developing highly specific test for the detection of malingering symptomatology for PTSD and depression.

KEY WORDS

Malingering, PTSD, Depression.

Desde que en 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyera la simulación como una entidad nosológica específica, han sido muchos los estudios que han tratado de profundizar en este campo, especialmente movidos por los grandes costes económicos que acarrea. La APA entiende por simulación (Z76.5) *la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. La simulación implica la existencia de recompensas externas (cobro de seguros e indemnizaciones, etc.), a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza consciente y deliberadamente, a diferencia de los trastornos somatomorfos (American Psychiatric Association, 1994 y 2000).*

Tal y como señalan Inda y su grupo (2005), no todos los trastornos son igualmente simulados; el Trastorno de estrés post-traumático (TEPT), el Síndrome de daño cerebral post-traumático, los trastornos mnésicos y los trastornos psicóticos son los que presentan una mayor prevalencia de simulación. No obstante, la investigación no ha sido muy prolija en el establecimiento o identificación de patrones de comportamiento en la simulación emocional en general, o de las tres emociones básicas negativas específicamente.

Nuestro objetivo consiste en realizar una revisión de bibliografía en relación a la investigación sobre simulación en dicho ámbito: la ansiedad y la tristeza/depresión.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SIMULACIÓN

Entre los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático (TEPT) es el que mayor atención ha centrado en el ámbito de investigación de la simulación, especialmente en los últimos 20 años. Las grandes pérdidas económicas asociadas al pago de indemnizaciones y pensiones quizá justifiquen este hecho. De hecho, a partir de la cuarta versión del DSM (DSM-IV y DSM-IV-TR; APA, 1994, 2000), se incluye una nota en la que se señala que antes de diagnosticar TEPT debe haberse descartado la simulación: *“Debe descartarse la simulación en aquellos casos en los que una remuneración económica, la opción a un beneficio y las resoluciones forenses jueguen algún papel” (p. 467).*

Pero además de las motivaciones económicas, existen otras muchas que pueden conducir a la simulación del TEPT (Taylor, Freuh y Asmundson, en prensa), como obtener un tratamiento o prestigio como paciente (Elhai et al., 2000), eludir persecuciones (Resnick, 1997), reducir o evitar responsabilidades penales (Baer y Miller, 2002; Melton, Petrila, Porythress y Slobogin, 1997), o justificar un

determinado comportamiento o trayectoria personal ante los demás (Lacoursiere, 1993). El modelo adaptacional de Rogers (1997) sobre la simulación, según el cual la simulación sería el resultado de un análisis coste-beneficios ante una situación con gran relevancia personal, es el que mejor explica estos casos (Koch, Shercliffe, Federoff, Iverson y Taylor, 1999).

Se trata de un diagnóstico especialmente vulnerable a la simulación ya que el TEPT se caracteriza por distintos síntomas subjetivos, fácilmente falsificables, y suele relacionarse con recompensas económicas (Elhai et al., 2001; Frueh y Zinder, 1994; Guriel y Fremouw, 2003; Inda et al., 2005; Lees-Haley, 1986). Algunos trabajos han mostrado la dificultad para diferenciar la simulación del TEPT genuino (Hickling, Blanchard, Mundy y Galovski, 2002), principalmente por dos razones: presenta una alta comorbilidad con una gran variedad de trastornos clínicos y de personalidad (Guriel y Fremouw, 2003; Keane, 1995) y los perfiles de síntomas pueden diferir notablemente (Hyer et al., 1987). Además, tal y como apuntan Hall y Poirier (2001), es susceptible de simulación total, parcial o falsa imputación, los tres tipos de simulación descritos por Resnick en 1997.

Algunos autores han señalado la fuerte correlación entre la existencia de procesos judiciales y el diagnóstico de TEPT, trabajando en concreto con muestra que había padecido un accidente de tráfico (Blanchard et al., 1996). Blanchard y Hickling (1996), entre otros (por ejemplo Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995), confirmaron dicha conclusión, afirmando que, en tales circunstancias, se observaba un número de casos de TEPT significativamente mayor que el recogido por los datos epidemiológicos generales: 44,3% frente a un 10% entre los supervivientes de accidentes de tráfico. Muchos estudios realizados acerca de la incidencia del trastorno tras un evento potencialmente traumático deben considerarse con precaución puesto que no tuvieron en cuenta la correlación señalada por Blanchard y Hickling (por ejemplo Daly y Johnston, 2002), por lo que Rosen (2006) aconseja considerar los datos arrojados sólo por aquellos estudios en los que se recoja claramente la proporción de sujetos inmersos en algún tipo de proceso forense.

Según autores consolidados, por ejemplo Rosen (2006), no existen muchos datos ciertos acerca de la prevalencia de simulación en este ámbito. Este hecho podría deberse a que, en general, no se evalúa directamente si existe o no simulación, dando por válida de antemano la información aportada por el sujeto (Cunnen, 1997) y por la ausencia de un instrumento específico (McGuire, 1999; Rose, Hall, Szalda-Petree y Bach, 1998) que haya demostrado de manera clara su utilidad. Lees-Haley (1997) estimaba que al menos un 20 ó 30% de las personas que

presentan demandas por un daño personal fingen este tipo de síntomas para conseguir compensaciones económicas; Frueh y su equipo (2000) estimaban en un 20% los casos de simulación entre los veteranos combatientes que demandaban algún tipo de compensación refiriendo síntomas del TEPT. En definitiva, los datos suelen oscilar entre el 1 y el 50% (Hickling et al., 1999; Resnick, 1997; 2003). En otra línea, Taylor y su equipo (2006) sugieren investigar también la prevalencia de simulación entre aquellos pacientes que demandan tratamiento, pues en ocasiones, dicha demanda responde a otro tipo de interés muy alejado del propio malestar.

El psicólogo que evalúe el caso, debe comparar la actividad que el individuo mantenía antes del acontecimiento traumático con la actual, valorando la relación entre los síntomas y dicho evento, el tiempo transcurrido y los síntomas descritos, y la posible relación entre un trastorno previo y la sintomatología actual (Inda et al., 2005).

A pesar de que la mayoría de los simuladores tienen un amplio conocimiento de los síntomas característicos del cuadro, tienen dificultad para integrarlos en la vida cotidiana, haciéndoles complicado proporcionar una descripción detallada de su estado (Inda et al., 2005). Pitman y sus colaboradores (1996) añaden que los síntomas inventados suelen ser vagos y bastante artificiosos o forzados. Resnick (1997) enumera una serie de criterios a seguir en estos casos (véase tabla 1). Según él, la presencia de dos o más de los criterios situaría a la persona en el umbral de simulación:

Tabla 1

Criterios a seguir en la evaluación de un posible caso de simulación del TEPT (Resnick, 1997)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE UN POSIBLE CASO DE SIMULACIÓN DEL TEPT (RESNICK, 1997)

1. Registro de un pobre rendimiento.
2. Anteriores situaciones de “incapacitación”.
3. Discrepancia entre el rendimiento mostrado y el realizado en su tiempo libre.
4. Sueños repetitivos e invariables.
5. Rasgos de personalidad antisocial.
6. Funcionamiento excesivamente bueno antes del accidente o suceso traumático.
7. Actitud evasiva ante ciertas preguntas.
8. Descripción inconsistente de los síntomas.

Asimismo, Inda y cols. (2005) recogen un modelo de decisión clínica propuesto por Resnick en 1997 para establecer el diagnóstico de simulación:

- A. Establecimiento de un motivo lógico y plausible para simular un TEPT.
- B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes criterios:
 - 1. Situación laboral irregular o insatisfacción en el trabajo.
 - 2. Reclamaciones anteriores por daños.
 - 3. Capacidad para realizar actividades en su tiempo libre, pero no en el trabajo.
 - 4. Ausencia de pesadillas, o presencia de pesadillas que son exactas al hecho traumático sucedido.
 - 5. Rasgos de personalidad antisocial.
 - 6. Actitud evasiva y contradicciones.
 - 7. Actitud de no cooperación durante la evaluación.
- C. Confirmación de simulación por una de estas dos situaciones:
 - 1. Admisión de estar simulando síntomas. Puesto que los simuladores no suelen admitir que lo son, la postura del evaluador al transmitirles que se sospecha que están simulando, debe ser amable y cordial, evitando un tono agresivo o que exprese humillación.
 - 2. Evidencia psicométrica inequívoca de simulación o fuerte corroboración de estar simulando síntomas.

El entrenamiento en simulación, la información sobre el trastorno y las estrategias para evitar la detección son condiciones experimentales que ha manejado la investigación en este campo (Guriel y Fremouw, 2003), siendo éstas últimas las más útiles para los simuladores (Baer, Wetter y Berry, 1995; Rogers, Harrell y Liff, 1993).

Un primer acercamiento a la detección de la simulación se basaba en el formato de listado de síntomas, y no ha arrojado datos muy esclarecedores. Less-Haley y Dunn (1994) realizaron un experimento empleando un listado de síntomas que correspondía con los criterios diagnósticos del DSM-III-R, en el cual observaron que todos los sujetos (estudiantes universitarios de psicología bajo la instrucción de simular) eran capaces de generar perfiles que cumplieran los criterios del TEPT. Burges y McMillan (2001) continuaron en esta línea de investigación y emplearon en esta ocasión el *Posttraumatic Symptom Scale-Self-Report* (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993), es decir un listado de síntomas estandarizado relativo al DSM-IV, y una versión modificada del mismo que incluía 16 ítems distractores (criterios de otros trastornos). Los resultados fueron muy similares a los de Less-Haley y Dunn: el 94% de los estudiantes cumplían criterios al cumpli-

mentar la escala; en el grupo del instrumento modificado, los estudiantes respondían afirmativamente a un promedio de seis síntomas falsos (más del 50% rellenaron cinco síntomas falsos).

En la revisión de Guriel y Fremouw del 2003 sobre las estrategias de evaluación de la simulación del TEPT, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989) y la *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)*; Rogers, 1992) destacan como los instrumentos de evaluación más empleados en este campo en la actualidad. La información obtenida con estos instrumentos puede cotejarse con la proporcionada por otros instrumentos dirigidos a la evaluación de la sintomatología del TEPT, por ejemplo *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS)*; Blake et al., 1997), *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (MS-PTSD)*; Keane, Caddell y Taylor, 1998), o *Trauma Symptom Inventory (TSI)*; Briere, 1995) (ver tabla 2).

Tabla 2

Indicadores de simulación del TEPT más empleados. Tomado de Guriel y Fremouw (2003)

ÍNDICE	TEST	BREVE DESCRIPCIÓN
F (Infrecuencia)	MMPI	Ítems que rara vez se producen (primeros 361 ítems); una puntuación elevada sugiere una grave patología o malestar, baja capacidad de lectura o comprensión, exageración de síntomas o simulación.
F _B	MMPI	Similar a F pero de los ítems 280 al 567. Puntuaciones elevadas sugieren más un trastorno afectivo que psicoticismo.
F-F _B	MMPI	Evalúa la consistencia entre la primera y la segunda parte de la prueba.
L	MMPI	Puntuaciones elevadas sugieren un intento de mostrar una imagen más favorable de sí mismo.
K	MMPI	Similar a L pero con ítems sutiles; puntuaciones elevadas sugieren defensividad o negación, pero también puede relacionarse con un nivel socioeconómico.
F-K	MMPI	Altas puntuaciones sugieren exageración y bajas puntuaciones disimulación.
F _p (F Psicopatológica)	MMPI	Ítems contestados menos del 20% de las veces por pacientes y/o población normal.
FBS (Fake-Bad)	MMPI	Dirigido a evaluar simulación en demandantes por daño personal; puntuaciones elevadas sugieren simulación
O-S (Sutiles-obvios)	MMPI	Basado en la idea de que los síntomas obvios son más fácilmente falseables que los sutiles; grandes diferencias entre ambas escalas sugieren simulación.

ÍNDICE	TEST	BREVE DESCRIPCIÓN
Ds/Ds ₂	MMPI	Los ítems reflejan estereotipos sobre neuroticismo; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
PK (Keane PTSD)	MMPI	Dirigido a detectar TEPT relacionado con la guerra; baremado con excombatientes en tratamiento.
S (Schlenger)	MMPI	Dirigido a detectar TEPT relacionado con la guerra; baremado con excombatientes sin tratamiento.
DIS (Revelación)	MCMI	Indicador de franqueza; puntuaciones elevadas sugieren demasiada franqueza.
DEB (Falsificación)	MCMI	Puntuaciones elevadas sugieren exageración de síntomas o visión desfavorable de sí mismo.
NIM	PAI	Mide respuestas atípicas; puntuaciones elevadas sugieren exageración o simulación.
MI	PAI	Diseñado para complementar a NIM, incrementando la especificidad.
Ds (Síntomas defensivos)	SIRS	Ítems que minimizan la patología; Puntuaciones elevadas sugieren falta de franqueza o imagen de sí favorable.
BL (Síntomas Obvios)	SIRS	Ítems que de manera evidente indican problemas mentales; contestados por simuladores novatos o pacientes reales.
IA (Síntomas Improbables o absurdos)	SIRS	Síntomas que por definición son básicamente falsos; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
SEV (Severidad de los síntomas)	SIRS	Síntomas de nivel de malestar insoportable; puntuaciones elevadas sugieren exageración de síntomas.
SC (Combinación de síntomas)	SIRS	Incluye combinaciones de síntomas muy poco frecuentes en pacientes psiquiátricos
SU (Síntomas sutiles)	SIRS	Síntomas que la mayoría de la gente consideraría cotidianos; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
SEL (Selectividad de síntomas)	SIRS	Exceso de síntomas señalados frente a los que señalaría un paciente; puntuaciones elevadas sugieren simulación.
RO (Sínt. referidos vs. Observados)	SIRS	La discrepancia entre lo referido y lo observado sugiere simulación.
SO (Sínt. iniciales)	SIRS	Descripción del inicio y curso de las dificultades.
OS (Síntomas específicos)	SIRS	Ítems que describen en detalle los síntomas: puntuaciones elevadas sugieren un mayor detalle que el que daría la mayoría de los pacientes.
INC (Inconsistencia)	SIRS	Pares de ítems con contenido similar: puntuaciones elevadas sugieren inatención (incluyendo la respuesta al azar) o falta de comprensión.
ATR (Respuestas Atípicas)	TSI	Incluye ítems acerca de experiencias atípicas o infrecuentes; puntuaciones elevadas pueden indicar elevado estrés, simulación o respuesta aleatoria.
INC (Inconsistencia)	TSI	Pares de ítems con contenido similar; puntuaciones elevadas sugieren falta de atención (respuesta al azar) o falta de comprensión.
RL (Nivel de respuesta)	TSI	Ítems a los que la mayoría de la gente responde positivamente; puntuaciones elevadas implican defensividad o negación de síntomas.

Los primeros estudios realizados para comprobar la sensibilidad del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* –MMPI– y validar la escala PK del mismo instrumento (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985) emplearon como muestra a veteranos de guerra con diagnóstico de TEPT, comparando sus puntuaciones con las de simuladores veteranos también pero sin diagnóstico de TEPT y personal de salud mental familiarizado con los criterios diagnósticos. En base a las escalas F y PK, lograron clasificar correctamente a un 90% de los simuladores, estableciendo como puntos de corte una puntuación T de 88 y 30 respectivamente. Estudios posteriores replicaron estos datos (McCaffrey y Bellamy-Campbell, 1989) con la única diferencia de que la muestra con la que se comparaba a los veteranos diagnosticados también era de veteranos, en este caso familiarizados con los criterios diagnósticos y también con las experiencias militares. Sin embargo, Hyer y su grupo (1987), que incluyeron en el estudio el indicador O-S del MMPI, señalaron que los veteranos de guerra tendían a sobreestimar su sintomatología, obteniendo perfiles más elevados que otros veteranos, por lo que no confirman los resultados de Fairbank y su equipo. En la misma línea, Perconte y Goreczny (1990) sólo consiguen clasificar correctamente un 44% de los simuladores veteranos utilizando los puntos de corte propuestos por Fairbank y su grupo.

El MMPI-2 hizo resurgir nuevamente la investigación en el ámbito de la simulación del TEPT. Less-Haley (1992) trataba de establecer puntos de corte en las escalas F, F-K, Es, FBS, O-s y Ego strength (Es) que redujeran los falsos positivos, obteniendo resultados ligeramente distintos a los propuestos por Fairbank y su equipo (puntuaciones típicas en Pk y PS mayores de 60, en F mayores de 62, en Es y O-S mayores de 30 y el índice F-K con valor de -4).

En otra dirección, Wetter, Baer, Berry, Robison y Sumpter (1993) emplearon muestra normal a la que instruyeron para fingir esquizofrenia o TEPT al cumplimentar el MMPI-2 y a la que posteriormente compararon con una muestra clínica. Los análisis paramétricos mostraron variaciones en las escalas de validez del instrumento en relación a la muestra clínica: puntuación K más baja y elevación en las escalas F, F-K, F_B, y Ds₂; además, mostraban una elevación en las 10 escalas clínicas básicas de la prueba. Así, concluyeron que el disponer de información acerca de un determinado trastorno no era suficiente para eludir la detección.

Resultados similares fueron obtenidos por Elhai y su grupo (2001) que comparaban una muestra de estudiantes universitarios simuladores con adultos que informaban de haber padecido abuso sexual en la infancia; del mismo modo, los estudiantes obtenían puntuaciones más elevadas en los indicadores de simulación del instrumento (F, F-F_B, F-K, F_p, Ds₂, O-S, OT y FBS), siendo los más predictivos F_p, F-K y O-S. Como aspectos a destacar, los autores señalan la relación negativa

existente entre el indicador O-S y la simulación, y la utilidad variable que ha mostrado en diversos estudios el factor F (Perconte y Goreczny, 1990; Wetter et al., 1993).

En 2001, Elhai, Frueh y Johnson utilizaron los datos del MMPI-2 obtenidos en otros estudios sobre simulación del TEPT con distintas poblaciones (en concreto de Elhai, Gold et al., 2000, y Elhai, Frueh et al., 2000) con el fin de realizar un análisis de cluster. Los resultados mostraron, como perfil característico de simulación elevaciones específicas en las escalas de validez y clínicas; concretamente en las escalas F (infrecuencia), 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia). Al comparar este perfil con el de veteranos de guerra con TEPT genuino, se obtuvo un poder predictivo negativo y positivo en torno al .90, es decir muy elevado. Este perfil ya fue avanzado en 1999 por Lyons y Wheeler-Cox.

En la revisión realizada por Guriel y Fremouw (2003), se recoge la referencia a dos estudios que trataban de probar la utilidad para evaluar simulación de otro inventario multiescala de personalidad, el *Personality Assessment Inventory* –PAI–, si bien la conclusión final es que se trata de un instrumento adecuado para diferenciar simuladores de sujetos control pero no simuladores de pacientes reales.

Liljequist y su grupo (1998) emplearon el PAI para comparar los perfiles de universitarios bajo la instrucción de simular (tras recibir cierta información) o dar una respuesta honesta, y dos grupos de veteranos con abuso de alcohol con y sin TEPT. Los resultados mostraron una elevación del grupo simulador en las puntuaciones de las escalas de validez NIM y MI, así como en 7 escalas clínicas; de éstas, sólo las de ansiedad y esquizofrenia podían señalarse como predictoras en la identificación de simuladores.

Continuando la línea de trabajo de Liljequist, Calhoun y su grupo (2000) emplearon las reglas de decisión basadas en los criterios DSM-IV del TEPT contempladas en el PAI Software System (Morey, 1991). Estos autores compararon a veteranos de guerra que habían recibido el diagnóstico de TEPT con estudiantes universitarios instruidos para fingir TEPT y evadir la detección y con otra muestra aleatoria de control. La aplicación clasificó correctamente al 83% de las personas con el diagnóstico en base a los criterios diagnósticos. Sin embargo, el 70% de los simuladores mostraban puntuaciones suficientes para satisfacer los criterios diagnósticos. Cuando se empleaba como punto de corte de la escala NIM el recomendado para muestra no clínica (>8), un 83% de los simuladores era correctamente identificado, pero el 65% de los pacientes con TEPT eran clasificados erróneamente como simuladores. Si se aumentaba el punto de corte (>13) sólo se identificaba al 43,8% de los simuladores, pero disminuían los falsos negativos

(35%). La escala MI del instrumento, considerando como punto de corte >3 reducía más los falsos negativos (22%) pero sólo identificaba correctamente al 56% de los simuladores.

La entrevista estructurada *Structured Interview of Reported Symptoms* –SIRS– (Rogers, 1992) es otro de los instrumentos de autoinforme con mayor prestigio en relación a sus escalas de validez (Rogers, 1997). Sin embargo, sólo un estudio ha tratado de determinar la utilidad de la medida en la detección de simulación del TEPT (Guriel y Fremouw, 2003). Rogers, Kropp, Bagby y Dickens (1992) proporcionaron a la muestra análoga (internos de un centro correccional de Canadá), dividida en 3 grupos, los criterios diagnósticos del DSM-III-R de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y TEPT respectivamente. Varias escalas resultaron significativas de cara a la determinación de simuladores de los distintos trastornos: DS, RS, BL, IA, SEV, SC, SU, SEL y RO. Centrándonos específicamente en la simulación del TEPT, los autores señalaron que los simuladores puntuaban más bajo que los demás simuladores en la escala RO. En conclusión, podemos decir que el SIRS es un instrumento adecuado para evaluar simulación, si bien no discrimina bien entre simuladores de TEPT y simuladores de otras condiciones.

Otra entrevista estructurada para la detección de la simulación es la *Miller-Forensic Assessment of Symptoms (M-FAST)* (Miller, 2001), que pese a haber demostrado ser eficaz en la detección de simuladores, se utiliza más bien como instrumento de screening que como única herramienta de evaluación (Miller, 2001, 2005). Así, si un sujeto puntuase por encima de los puntos de corte establecidos, habría que aplicar una nueva prueba, como por ejemplo el SIRS (Taylor et al., 2006).

Uno de los pocos instrumentos de autoinforme específico sobre TEPT que incluye escalas de validez para determinar el estilo de respuesta es el Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995). La susceptibilidad del instrumento para detectar simulación fue investigada por Edens y su equipo en 1989 con un diseño análogo y muestra universitaria. Los estudiantes, que previamente recibían información básica acerca de la sintomatología, obtenían un perfil elevado en todas las escalas, es decir, mostraban secuelas relacionadas con el evento que se les había sugerido. La escala más relevante en cualquier caso era ATR; los autores consideraron un punto de corte menor que el recomendado por Briere, es decir $T \geq 61$ (frente a $T \geq 90$) y obtuvieron buenos resultados: poder predictivo negativo=81%, poder predictivo positivo=91%, sensibilidad=78% y especificidad=92%. Aunque los resultados son prometedores, Guriel y Fremouw (2003) señalan que deben considerarse con cautela hasta que no se obtengan datos de muestra clínica.

Por otra parte, se han empleado instrumentos de evaluación de TEPT, para analizar el patrón de respuesta de simuladores. Es el caso del estudio realizado por Dalton y su grupo en 1989, los primeros que utilizaron el *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (MS-PTSD)*. Pidieron a veteranos del Vietnam no combatientes sin diagnóstico de TEPT pero con diagnóstico de abuso de sustancias que respondieran al autoinforme como lo harían en caso de tener TEPT (Keane et al., 1998). El 77% de los sujetos lograba obtener puntuaciones que sugerían la presencia del trastorno (punto de corte 107), si bien eran inferiores a las obtenidas por el grupo criterio de veteranos con TEPT. Lyons y su equipo (1994) realizaron estudios similares obteniendo resultados en la misma dirección: tanto los veteranos sin TEPT como la muestra normal y los veteranos con TEPT hubieran obtenido el diagnóstico en cuestión, si bien las puntuaciones de éstos últimos eran superiores. Los análisis realizados posteriormente sugirieron que un punto de corte de 121 era adecuado para distinguir a los veteranos con y sin TEPT, a pesar de la que la especificidad sería baja. En conclusión, se trata de un instrumento con muy poca utilidad en el terreno de la evaluación de simulación (Guriel y Fremouw, 2003).

El *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS)*; Blake et al., 1997), uno de los instrumentos más comúnmente empleados en la evaluación del TEPT (Calhoun et al., 2000; Hickling et al., 1999) todavía no ha sido investigado en relación a su capacidad para distinguir entre simuladores y pacientes con TEPT (Guriel y Fremouw, 2003).

Actualmente se ha abierto una nueva línea de investigación centrada en el *Morel Emocional Numbing Test (MENT)*; Morel, 1998), dirigido a detectar sesgos de respuesta en la evaluación del TEPT. A diferencia de los instrumentos previamente comentados este no tiene un formato de autoinforme, sino que consiste en presentar a los sujetos veinte fotografías de personas en blanco y negro (con rasgos afro-americanos y caucásicos) que reflejan distintos descriptores emocionales (alegría, frustración, tristeza, enfado, calma, sorpresa, timidez, confusión y sueño). En la primera fase de la prueba los sujetos deben señalar la palabra que mejor refleja la emoción de la imagen; en la segunda, los sujetos deben asignar el descriptor que se les presenta a una de las dos imágenes que se les muestran; en la tercera, los sujetos asignan las dos palabras que se les ofrecen a las dos imágenes que se les presentan. La hipótesis que se plantea es que los simuladores presentarán un mayor rango de errores.

En su estudio, Morel (1998) empleaba una muestra compuesta por veteranos no combatientes en tratamiento por dependencias o esquizofrenia y veteranos que habían pasado una evaluación de incapacidad por supuesto TEPT. A éstos últimos se les aplicaba también el MMPI-2 y eran subdivididos en 4 grupos: los

que disponían de un diagnóstico verificable, aquellos sin diagnóstico pero con una presentación verosímil, reclamantes ancianos (más de 63 años) y sospechosos de simulación en base a su presentación. En las instrucciones se sugería que las personas con TEPT presentaban algunas dificultades para reconocer expresiones emocionales y, de hecho, el subgrupo de sospechosos de simulación presentó un mayor número de errores, incluso que los pacientes con esquizofrenia. Tomando como punto de corte en la escala F-K del MMPI-2 una puntuación ≥ 15 y en MENT una puntuación ≥ 9 se obtuvieron los siguientes resultados: poder predictivo positivo=100%; poder predictivo negativo=94%; sensibilidad (identificación de sospechosos de simulación)=82%; especificidad (identificación de pacientes honestos)=100%; y eficiencia general=96%. Se trata, como hemos dicho, de resultados prometedores, pero que todavía precisan algo más de investigación para consolidarse (Guriel y Fremouw, 2003).

Frueh y Zinder (1994) realizaron uno de los escasos estudios recogidos en la literatura científica en el ámbito de la simulación empleando pruebas proyectivas, más concretamente el Rorschach, en combinación con el MMPI-2 y el MS-PTSD. Mientras el MMPI-2 mostraba indicadores de validez en la dirección esperada que discriminaban entre simuladores y no simuladores (puntuaciones más elevadas en F y F-K por parte de los simuladores, y más elevadas en K por parte del grupo control), el Rorschach no arrojaba datos tan consistentes, aunque los simuladores mostraban mayor puntuación que el grupo control y el grupo de pacientes con TEPT en distorsión de formas, respuestas puras, total de respuestas de color, y número de respuestas con contenido dramático. El MS-PTSD no era capaz de discriminar entre los sujetos del grupo de simuladores y de veteranos con TEPT, aunque ambos puntuaban por encima del grupo control.

Las medidas psicofisiológicas también han sido objeto de estudio en este campo, y muchos estudios ha alegado una sobredimensionada reactividad fisiológica ante estímulos relacionados con el evento traumático (Taylor et al., 2006), por ejemplo en cuanto a la tasa cardiaca (Keane, Kolb et al., 1998).

Gerardi, Blanchard y Kolb (1989) fueron los primeros en realizar este tipo de evaluaciones, utilizando como muestra una vez más a veteranos del Vietnam, con y sin TEPT. Les pidieron que actuasen como si padeciesen el trastorno en cuestión mientras presentaban estímulos relacionados con el combate y tomaban medidas de tasa cardiaca, presión sanguínea, temperatura periférica, EMG frontal y resistencia de la piel. La tasa cardiaca resultó ser el mejor indicador psicofisiológico: mientras que los pacientes no eran capaces de reducir su respuesta ante los estímulos provocadores, los simuladores sí eran capaces de aumentar la reacción fisiológica. El análisis discriminante clasificaba correctamente al 83% de los vete-

ranos con TEPT y al 89% de los simuladores. Curiosamente, sólo el 22% de los simuladores identificados, eran capaces de mostrar una reactividad cardiaca similar a la de pacientes con TEPT. Orr y Pitman (1993) realizaron un estudio similar, en este caso midiendo tasa cardiaca, conductancia de la piel y diversos EMGs. Los resultados mostraron que el 75% de los simuladores eran incapaces de simular perfiles fisiológicos tan elevados como los veteranos con TEPT, excepto en la tasa cardiaca, que resultaba similar.

A pesar de la utilidad de este tipo de medidas, su uso es controvertido (Guriel y Fremouw, 2003). Parece que no se trata un patrón de respuesta universal ni fiable, pues un 40% como mínimo de las personas diagnosticadas con TEPT no muestran dicho incremento en la reactividad ante estímulos de laboratorio (Orr et al., 2004), y dicha reactividad puede alterarse por medio de la ingesta de medicamentos (Gerardi, Blanchard y Kolb, 1989).

Entre las limitaciones que presenta la investigación de la simulación del TEPT (Guriel y Fremouw, 2003) se encuentra la ausencia de grupo clínico de comparación en muchos estudios (por ejemplo Burges y McMillan, 2001; Less-Haley y Duna, 1994). Cuando éste existe, muchas veces el problema es que se selecciona en relación a la presencia del trastorno en sí, pero no se ajusta al nivel de la simulación (por ejemplo, Hickling et al., 1999; Lyons et al., 1994). Además, raramente son evaluados ellos mismos en simulación (por ejemplo Elia et al., 2001; Calhoun et al., 2000; Liljequist et al., 1998), cuando es posible que sus síntomas estén distorsionados también. Es más, muchos clínicos no incluyen en las baterías de evaluación instrumentos dirigidos a detectar la simulación, por lo que podemos desconfiar de la exactitud del diagnóstico.

En relación a la metodología, Guriel y Fremouw (2003) señalan que muchos de los instrumentos de evaluación de TEPT están dirigidos específicamente para veteranos de guerra (por ejemplo la escala PK del MMPI-2, o el MS-PTSD), lo cual puede suponer un obstáculo al evaluar a personas que hayan sufrido otro tipo de experiencias traumáticas o al evaluar a mujeres (ya que la mayoría de los veteranos de guerra participantes son varones). Otros instrumentos, como ya hemos comentado, aún no han recibido investigación.

El TEPT no ha sido una entidad nosológica formal hasta 1980 (a partir de su inclusión en el DSM-III), por lo que no es de extrañar que la investigación se encuentre todavía en un nivel muy básico y que no existan muchos datos concluyentes, ni siquiera un instrumento universalmente reconocido en este ámbito (Guriel y Fremouw, 2003).

La ansiedad, además de como elemento central y característico del TEPT, ha recibido cierta atención desde el campo de la simulación como emoción básica

negativa. Nos referimos a los estudios, pocos, que se han realizado tratando de determinar la influencia del nivel general de ansiedad del individuo sobre su rendimiento cognitivo, concretamente sobre la memoria. Ashendorf, Constantinou y McCaffrey, en 2004, han realizado el estudio más relevante en este ámbito.

Ashendorf y su grupo emplearon el *Test of Memory Malingering* (TOMM; Toumbaugh, 1996), por su ya demostrada sensibilidad y especificidad a la hora de detectar simulación (véase apartado de “Simulación de déficit cognitivo: Evaluación neuropsicológica”). El TOMM se ha mostrado muy consistente a la hora de determinar la exageración o simulación de alteraciones mnésicas en diversas situaciones clínicas (Rees et al., 1998, 2001) y en el ámbito forense especialmente (Delain, Stafford y Ben Porath, 2003; Heinze y Purisch, 2001), viéndose además poco afectado por otras variables de tipo demográfico (edad o nivel educativo, etc.) o por otras condiciones neurológicas que también podrían afectar a la función mnésica (Tombaugh, 1996, 1997). La metodología empleada en su estudio, así como en otros centrados en la depresión como se verá en el apartado siguiente, consiste en administrar el TOMM a sujetos con nivel intermedio de ansiedad, evaluada a través del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983), con el fin de determinar la influencia ejercida por su estado emocional, para después establecer comparaciones con las puntuaciones obtenidas por supuestos simuladores.

Los resultados obtenidos apuntan hacia la dirección de que el TOMM no se ve afectado por el nivel de ansiedad de los sujetos, por lo que puntuaciones inferiores a 45 en dicha prueba, harían sospechar de simulación por parte del individuo en cuestión (Ashendorf, Constantinou y McCaffrey, 2004).

Como decíamos, esta línea de investigación ha sido mucho más desarrollada en el campo de la depresión, como se comentará en el apartado siguiente.

DEPRESIÓN Y SIMULACIÓN

Ya sabemos que cuando existe la posibilidad de recibir una indemnización económica, el rendimiento en test neuropsicológicos y el autoinforme de los pacientes acerca del dolor que padecen o de la eficacia de los tratamientos recibidos se ven alterados (Binder y Rohling, 1996; Rohling, Binder y Langhinrichsen-Rohling, 1996). Una de las quejas más comunes en el ámbito forense es la depresión. Así, parece que la cantidad de varianza atribuida al factor “existencia de una recompensa externa” es superior a la atribuida al humor, pudiendo verse mermada la capacidad del clínico para detectar déficits neuropsicológicos debidos a un trastorno depresivo (Rohling et al., 2002). Rohling y sus colaboradores (2002)

señalan que durante los últimos 30 años se han realizado multitud de estudios acerca del impacto de la depresión sobre el rendimiento cognitivo (por ejemplo Burt, Zumber y Niederehe, 1995; Grossman, Kaufman, Mednitsky, Scharff y Dennis, 1994; Kaufman, Grossman y Kaufman, 1994).

El primero en señalar la relación entre el Trastorno Depresivo Mayor, y los trastornos psiquiátricos en general, y el rendimiento mnésico fue Kiloh, en 1961, quien acuñó el término *pseudodemencia* para definir el estado de aquellos individuos que funcionalmente eran indistinguibles de pacientes con una lesión orgánica. Esta observación ha sido corroborada por metaanálisis posteriores en los que se observaba una merma en el rendimiento de sujetos depresivos al evaluar la memoria (Burt et al., 1995; Christensen, Griffiths, MacKinnon y Jacomb, 1997). En estos estudios, se señalaron además dos aspectos muy relevantes: la edad no explicaría de manera consistente la aparición de esta relación, y la influencia de la depresión fluctuaba en función del esfuerzo cognitivo que las medidas exigían.

Es evidente el componente motivacional inherente a este tipo de psicopatología. Los sujetos depresivos percibirían un mayor nivel de dificultad en las tareas encomendadas, haciendo que su esfuerzo se viera disminuido (Kaplan y Saddock, 1991). Según Rees y cols. (2001), este comportamiento se pondría de manifiesto en pruebas de evaluación neuropsicológica, especialmente en aquellas centradas en la memoria, concretamente en pruebas de recuerdo libre o aprendizaje de listas, que requieren un procesamiento más elaborado. Por el contrario, cuando la demanda de la tarea es baja, por ejemplo en pruebas de reconocimiento, es esperable que su rendimiento se mantenga dentro de los límites normales (Weingartner, 1986; Ouellette-Hughes, 1991; Rosenstein, 1998).

Distintos estudios han extraído conclusiones en torno a la distinción entre procesos cognitivos controlados y automáticos y su grado de afectación por un cuadro de depresión en la misma dirección: la depresión afectaría únicamente a los procesos controlados que requerirían un determinado nivel de esfuerzo (Dalglish y Watts, 1990; Hartlage, Alloy, Vazquez y Dykman, 1993; Jorm, 1986; Weingartner, 1986). Sin embargo, no se ha encontrado evidencia consistente acerca de los mecanismos que expliquen que la depresión apenas afecte al procesamiento automático (Christensen et al., 1997; Grossman et al., 1994; Kaufman et al., 1994; Miller et al., 1991).

La metodología empleada en estas investigaciones ha sido criticada (por ejemplo, Thompson, 1986). Muchos estudios han empleado muestra de sujetos depresivos institucionalizados como grupo experimental, limitando así la validez externa, puesto que su merma en el rendimiento cognitivo puede explicarse también por otros factores al margen de la depresión (Cassens, Wolfe y Zola, 1990;

Rohling y Scogin, 1993). Por otra parte (Grossman et al., 1994), muchas veces no se han controlado otras variables contaminadoras como la edad, el nivel educativo, condiciones de la hospitalización y el uso de fármacos antidepresivos (Johnson y Magaro, 1987; Miller, 1975; Rohling y Scogin, 1993). Así, por ejemplo, en los estudios en los que se han equiparado las condiciones del grupo experimental, se ha concluido que es la gravedad del trastorno psicopatológico la variable relevante y no la depresión en sí misma (Christensen et al., 1997; Johnson y Magaro, 1987; Miller, 1975; Rohling et al., 2002).

Otra de las grandes críticas que ha recibido este tipo de investigaciones, es la falta de estandarización a la hora de diagnosticar la depresión (Christensen et al., 1997), lo cual dificulta mucho la replicación de los estudios y la comparación de los resultados. Cuando se han empleado medidas psicométricas, los instrumentos más utilizados han sido el *Beck Depresión Inventory (BDI)* (Beck, 1978; Beck y Steer, 1993) y el *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960).

A diferencia de lo que sucedía en el caso de la simulación del TEPT, la literatura científica no recoge la utilización de diversidad de instrumentos validados y baremados destinado o empleados con el fin de detectar simulación en el caso de la tristeza/depresión; a lo sumo, en la actualidad, además de instrumentos más genéricos, como el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)* (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989) o la *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)* (Rogers, 1992), puede resultar prometedor el empleo del *The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)* (Smith, 1992; Smith, 1997b; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005).

Continuando con las críticas que se lanzan hacia este tipo de estudios, parece que no existe una única base teórica que sustente las distintas investigaciones sobre depresión y memoria (Christensen et al., 1997; Grossman et al., 1994; Miller, Faustman, Moses y Csernansky, 1991). Esto dificulta el establecimiento de los mecanismos que explican los resultados obtenidos. No obstante, parece existir cierto consenso en cuanto a que el grado en que la depresión interfiere en la memoria viene determinado por la cantidad de esfuerzo que la tarea requiera y la severidad del cuadro depresivo (Dalglish y Watts, 1990; Hartlage, Alloy, Vazquez y Dykman, 1993; Jorm, 1986; Weingartner, 1986).

En 2002, Rohling y cols. trataron una vez más de delimitar la afectación de la memoria por la depresión. En este caso, adoptaron medidas metodológicas para salvar las críticas recogidas por la literatura científica en este ámbito, de manera que únicamente seleccionaron para la muestra los sujetos que superaron las pruebas de validación de síntomas, equipararon ambos grupos (control y experimental) en cuanto a edad, nivel educativo e inteligencia verbal, y utilizaron pruebas

objetivas para determinar y controlar el nivel de depresión, creando muestras más homogéneas y comparables. Los resultados obtenidos no resultan consistentes con las teorías y conclusiones planteadas previamente aunque sí con autores como Miller y su grupo (1991), Kaufman y su grupo (1994), Grossman y su grupo (1994) y Satz, Zaucha y su equipo (1998): el efecto de la depresión sobre el funcionamiento neurocognitivo en general, y las tareas de memoria que comprometen un tipo de procesamiento controlado en particular, es mínimo o inexistente, tal y como ya señalaron Crews et al. en 1999, así como sobre el funcionamiento psicomotor. Sin embargo, consistentemente con otros estudios (por ejemplo Rohling y Scogin, 1993; Satz, Forney et al., 1998; Scogin y Rohling, 1989), al analizar la queja subjetiva de los pacientes depresivos, los sujetos con niveles más altos de depresión presentaban significativamente más quejas en relación a su rendimiento mnésico, no siendo consistentes con su rendimiento real.

Si atendemos a las conclusiones de Rohling y cols. (2002), el perfil de un individuo que se queja de depresión con un bajo rendimiento a nivel neurocognitivo debería explicarse, no en términos del cuadro psicopatológico referidos, sino más bien en términos de una alteración cognoscitiva previa al cuadro depresivo o en términos de una baja motivación o colaboración para la evaluación (relacionado con la simulación).

Algunos investigadores han dirigido sus esfuerzos a analizar el rendimiento de sujetos depresivos en el *Test of Memory Malinger* (TOMM; Tombaugh, 1996) con el fin de establecer comparativas con sujetos simuladores y pautas que permitan su identificación. Es el caso de Rees y cols. (2001), que predijeron una baja afectación de las puntuaciones en el TOMM debidas al estado depresivo, por evaluar un procesamiento más bien automático (formato de tarea de reconocimiento).

Los resultados confirmaron la hipótesis de Rees y cols. (2001): obtuvieron un 99% de eficacia en la prueba de reconocimiento visual, incluso en aquellos casos de mayor severidad de la sintomatología depresiva. Por tanto, un rendimiento inferior en esta prueba, constituiría un elemento de sospecha de simulación del cuadro depresivo.

Ashendorf, Constantinou y McCaffrey, en 2004, reprodujeron el estudio de Rees, controlando en este caso que la muestra de sujetos depresivos estuviera equiparada en cuanto al nivel de depresión; para ello seleccionaron sólo a los sujetos que se encontraban en una franja intermedia de puntuaciones en el Beck Depresión Inventory (BDI; Beck y Steer, 1993). Sus conclusiones apuntaron en la misma dirección: no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del TOMM entre el grupo control y el grupo de sujetos depresivos.

En 2006, Yanez y su grupo se plantearon cómo responderían ante el TOMM sujetos con niveles severos de depresión, siguiendo una metodología similar. Tampoco en este caso se encontraron diferencias significativas.

En definitiva, en relación al TOMM, parece que se confirma que se trata de una herramienta eficaz para detectar a sujetos simuladores de depresión, puesto que sus puntuaciones no se ven alteradas cuando se aplica la prueba a sujetos con distintos niveles de depresión.

La cuestión que se plantea es si las conclusiones extraídas en torno a la relación depresión-memoria en el ámbito médico-legal son extrapolables al ámbito clínico. Muchos clínicos asumen que las conclusiones recogidas en la literatura de investigación sobre las medidas de memoria son generalizables a otros dominios neurocognitivos que comunmente son evaluados en un ajuste clínico (Crews et al., 1999). No obstante, la investigación al respecto es muy limitada (Burt et al., 1995; Christensen et al., 1997).

CONCLUSIONES

El campo de la simulación sigue siendo un objeto de estudio en auge debido a la relevancia tanto económica como social que lleva consigo. Sin embargo, todavía disponemos de pocos instrumentos específicos de evaluación que proporcionen evidencia empírica concluyente para las sospechas de los profesionales encargados de determinar la existencia o no de simulación.

Una de las áreas de la Psicología más prolijas en este campo, ha sido el TEPT, puesto que un elevado porcentaje de personas que han vivido, de manera más o menos directa, un acontecimiento traumático reciben algún tipo de compensación económica, creando así un entorno propicio para la simulación.

Pese a que los resultados de las investigaciones resultan alentadoras, todavía resultan difícilmente generalizables, puesto que fundamentalmente han utilizado como muestra excombatientes de guerra o personas que han sufrido accidentes de tráfico.

La depresión sería otro de los grandes cuadros clínicos susceptibles de algún tipo de compensación económica, puesto que puede producir una grave incapacitación para la vida laboral y/o cotidiana del individuo. No obstante, se trata de un área abordada básicamente desde la Neuropsicología, que ha tratado de establecer las patrones de funcionamiento cognitivo específicos de sujetos depresivos genuinos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Ashendorf, L., Constantinou, M. y McCaffrey, R. J. (2004). The effect of depression and anxiety on the TOMM in community-dwelling older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 125-130.
- Baer, R. A. y Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14, 16-26.
- Baer, R. A., Wetter, M. W. y Berry, D. T. R. (1995). Effects of information about validity scales on underreporting of symptoms on the MMPI-2: An analogue investigation. *Assessment*, 2, 189-200.
- Beck, A. T. (1978). *Beck depression inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation (Manual).
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation (Manual).
- Binder, L. y Rohling, M. L. (1996). Money matters: a meta-analysis of the effect of financial incentives on recovery from closed head injury. *American Journal of Psychiatry*, 153, 7-10.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. N., Kaloupek, D. G., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1997). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV*. White River Junction, VT, USA: National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., Forneris, C. A. y Jaccaard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Blanchard, E. B. y Hickling, E. J. (Eds.) (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Burges, C. y McMillan, T. M. (2001). Brief report: The ability of naïve participants to report symptoms of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 209-214.
- Burt, D., Zumbard, M. y Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117*, 285-305.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1999). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calhoun, P. S., Earnst, K. S., Tucker, D. D., Kirby, A. C. y Beckham, J. C. (2000). Feigning combat-related posttraumatic stress disorder on the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment, 75*, 338-350.
- Cassens, G., Wolfe, L. y Zola, M. (1990). The neuropsychology of depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2*, 202-213.
- Christensen, H., Griffiths, K., MacKinnon, A., y Jacomb, P. (1997). A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society, 3*, 631-651.
- Crews, W. D. Jr., Harrison, D. W. y Rhodes, R. D. (1999). Neuropsychological test performance of young depressed outpatient women: an examination of executive functions. *Archives of Clinical Neuropsychology, 14*, 517-529.
- Cunnie, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2nd ed.) (pp. 23-46). New York: Guilford Press.
- Dalgleish, T., y Watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 589-604.
- Daly, O. E. y Johnston, T. G. (2002). The Derryhirk Inn incident: the psychological sequelae. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 461-464.
- Delain, S. L., Stafford, K. P. y Ben-Porath, Y. S. (2003). Use of the TOMM in a criminal court forensic assessment setting. *Assessment, 10*(4), 370-381.

- Edens, J. F., Otto, R. K. y Dwyer, T. J. (1989). Susceptibility of the Trauma Symptom Inventory to malingering. *Journal of Personality Assessment*, 71, 379-392.
- Elhai, J. D., Frueh, B. C., Gold, P. B., Gold, S. N. y Hamner, M. B. (2000). Clinical presentations of posttraumatic stress disorder across trauma populations: A comparison of MMPI-2 profiles of combat veterans and adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 708-713.
- Elhai, J. D., Frueh, B. C., y Johnson, R. H. (2001). Subtypes of clinical presentations in malingerers of posttraumatic stress disorder: An MMPI-2 cluster analysis. *Assessment*, 8, 75-84.
- Elhai, J. D., Gold, P. B., Frueh, B. C., & Gold, S. N. (2000). Cross validation of the MMPI-2 in detecting malingered posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 75, 449-463.
- Fairbank, J. A., McCaffrey, R. J. y Keane, T. M. (1985). Psychometric detection of fabricated symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 501-503.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of an instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-466.
- Frueh, B. C., Hamner, M. B., Cahill, S. P., Gold, P. B. y Hamlin, K. L. (2000). Apparent symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 20, 853-885.
- Frueh, B. C. y Kinder, B. N. (1994). The susceptibility of the Rorschach Inkblot Test to malingering of combat related PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 62, 280-298.
- Gerardi, R., Blanchard, E. y Kolb, L. (1989). Ability of Vietnam veterans to dissimulate a psychophysiological assessment for post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 229-243.
- Grossman, I., Kaufman, A. S., Mednitsky, S., Scharff, L. y Dennis, B. (1994). Neurocognitive abilities for a clinically depressed sample versus a matched control group of normal individuals. *Psychiatry Research*, 51, 231-244.
- Guriel, J. y Fremouw, W. (2003). Assessing malingering posttraumatic stress disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.
- Hall, H. V. y Poirier, J. G. (2001). *Detecting malingering and deception (2nd ed.)*. New York: CRC Press.

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *The Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hartlage, S., Alloy, L. B., Vazquez, C. y Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 113, 247-278.
- Hasher, L. y Zacks, R. T. (1979). Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 356-388.
- Heinze, M. C. y Purisch, A. D. (2001). Beneath the mask: Use of psychological tests to detect and subtype malingering in criminal defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1(4), 23-51.
- Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Mundy, E. y Galovski, T. E. (2002). Detection of malingered MVA related posttraumatic stress disorder: an investigation of the ability to detect professional actors by experienced clinicians, psychological tests, and psychophysiological assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 33-54.
- Hickling, E. J., Taylor, A. E., Blanchard, E. B. y Devineni, T. (1999). Simulation of motor vehicle accident related PTSD: Effects of coaching with DSM-IV criteria. In E. J. Hickling y E. B. Blanchard (Eds.), *The international handbook of road traffic accidents and psychological trauma: Current understanding, treatment, and law* (pp. 305-320). New York: Elsevier.
- Hyer, L., Fallon, J. H., Harrison, W. R., y Boudewyns, P. A. (1987). MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 79-83.
- Inda, M., Lemos, S., López, A. M. y Alonso, J. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 99-108.
- Johnson, M. H. y Magaro, P. A. (1987). Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. *Psychological Bulletin*, 101, 28-40.
- Jorm, A. F. (1986). Controlled and automatic information processing in senile dementia: a review. *Psychological Medicine*, 16, 77-88.
- Kaplan, H. I. Y Saddock, B. J. (1991). *Synopsis of Psychiatry* (6th edn). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaufman, A. S., Grossman, I. y Kaufman, N. L. (1994). Comparison of hospitalized depressed patients and matched controls on tests differing in their level of cognitive complexity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 12, 112-125.

- Keane, T. M. (1995). Guidelines for the forensic psychological assessment of posttraumatic stress disorder claimants. En R. I. Simon (Ed.), *Posttraumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment* (pp. 99-115). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Keane, T. M., Caddell, J. M. y Taylor, K. L. (1998). Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 85-90.
- Keane, T. M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S. P., Blanchard, E. B., Thomas, R. G., et al. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 914-923.
- Kiloh, L. G. (1961). Pseudo-dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *37*, 336-351.
- Koch, W. J., Shercliffe, R., Fedoroff, I., Iverson, G. L. y Taylor, S. (1999). Malingering and litigation stress in motor vehicle accident victims. En E. J. Hickling, & E. B. Blanchard (Eds.), *The international handbook of road traffic accidents and psychological trauma: Current understanding, treatment, and law* (pp. 257-270). New York: Elsevier.
- Keane, T. M. (1995). Guidelines for the forensic psychological assessment of posttraumatic stress disorder claimants. En R. I. Simon (Ed.), *Posttraumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment* (pp. 99-115). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lacoursiere, R. B. (1993). Diverse motives for fictitious post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 141-149.
- Lees-Haley, P. R. (1986). Pseudo post-traumatic stress disorder. *Trial Diplomacy Journal*, *9*, 17-20.
- Lees-Haley, P. R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCMI-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F_K, Fake Bad Scale, Ego Strength, Subtle-Obvious subscales, DIS, and DEB. *Journal of Clinical Psychology*, *48*, 681-689.
- Lees-Haley, P. R. (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology*, *53*, 745-755.
- Lees-Haley, P. R. y Dunn, J. T. (1994). The ability of naïve subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depres-

- sion, and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 252-256.
- Liljequist, I., Kinder, B. N. y Schinka, J. A. (1998). An investigation of malingering posttraumatic stress disorder on the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 71, 322-336.
- Lyons, J. A., Caddell, J. M., Pittman, R. L., Rawls, R. y Perrin, S. (1994). The potential for faking on the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 441-445.
- Lyons, J. A. y Wheeler-Cox, T. (1999). Brief report: MMPI, MMPI-2, and PTSD: Overview of scores, scales, and profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 175-183.
- McCaffrey, R. J. y Bellamy-Campbell, R. (1989). Psychometric detection of fabricated symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder: a systematic replication. *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 76-79.
- McGuire, B. E. (1999). The assessment of malingering in traumatic stress claimants. *Psychiatry, Psychology, and Law*, 6, 163-173.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G. y Slobogin, C. (1997). *Psychological Evaluations for the Courts* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, H. A. (2001). *Miller-forensic assessment symptoms tests (M-FAST): professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, H. A. (2005). The Miller-forensic assessment of symptoms (M-FAST). *Criminal Justice and Behavior*, 32, 591-611.
- Miller, L. S., Faustman, W. O., Moses, J. A. y Csernansky, J. G. (1991). Evaluating cognitive impairment in depression with the Luria-Nebraska neuropsychological battery: severity correlates and comparisons with nonpsychiatric controls. *Psychiatric Research*, 37, 219-227.
- Miller, W. R. (1975). Psychological deficits in depression. *Psychological Bulletin*, 82, 238-260.
- Morel, K. R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70, 299-314.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Orr, S. P., Metzger, L. J., Miller, M. W. y Kaloupek, D. G. (2004). Psychophysiological assessment of PTSD. En: J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed., pp. 289-343)*. New York: Guilford.
- Orr, S. P. y Pitman, R. K. (1993). Psychophysiological assessment of attempts to simulate posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 33*, 127-129.
- Oullette-Hughes, N (1991). *An Investigation of the Impact of Clinical Depression on the Acquisition and Retrieval of Verbal and Visual Material*. Unpublished Master Thesis. Ottawa, ON, Canada: Carleton University.
- Perconte, S. T. y Goreczny, A. J. (1990). Failure to detect fabricated posttraumatic stress disorder with the use of the MMPI in a clinical population. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1057-1060.
- Pitman, R. K., Sparr, L. F., Saunders, L. S. y McFarlane, A. (1996). Legal issues in posttraumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 378-397). New York: Guilford Press.
- Ress, L. M., Tombaugh, T. N., Gansler, D. A. y Moczynski, N. P. (1998). Five validation experiments with the Test of Memory Malinger. *Psychological Assessment, 10*, 10-20.
- Rees, L. M., Tombaugh, T. N. y Boulay, L. (2001). Depression and the Test of Memory Malinger. *Archives of Clinical Neuropsychology, 16*, 501-506.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. En R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 130-152). New York: Guilford Press.
- Resnick, P. J. (2003). Guidelines for evaluation of malingering in PTSD. En R. I. Simon (Ed.), *Posttraumatic stress disorder in litigation: guidelines for forensic assessment (2nd ed., pp. 187-205)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Rogers, R. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception (2nd. Ed.)*. New York: Guilford Press.
- Rogers, R., Harrell, E. H., y Liff, C. D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodology and clinical considerations. *Clinical Psychology Review, 13*, 255-274.

- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M. y Dickens, S. E. (1992). Faking specific disorders: A study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). *Journal of Clinical Psychology, 48*, 643-648.
- Rohling, M. L., Binder, L. y Langhinrichsen-Rohling, J. (1996). Money matters: a meta-analysis of the effect of financial compensation on the treatment and recovery from chronic pain. *Health Psychology, 14*, 537-547.
- Rohling, M. L., Green, P., Allen III, L. M. e Iverson, G. L. (2002). Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology, 17*, 205-222.
- Rohling, M. L. y Scogin, F. (1993). Automatic and effortful cognitive processing in depressed persons. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 48*, 122-138.
- Rose, F. E., Hall, S., Szalda-Petree, A. D. y Bach, P. J. (1998). A comparison of four tests of malingering and the effects of coaching. *Archives of Clinical Neuropsychology, 13*, 349-363.
- Rosen, G. M. (2006) DSM's cautionary guideline to rule out malingering can protect the PTSD data base. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 530-535.
- Rosenstein, L. D. (1998). Differential diagnosis of the major progressive dementias and depression in middle and late adulthood: a summary of the literature of the early 1990s. *Neuropsychological Review, 8(3)*, 109-167.
- Satz, P., Forney, D. L., Zaucha, K., Asarnow, R. R., Light, R., McCleary, C., Levin, H., Kelly, D., Bergsneider, M., Hovda, D., Martin, N., Namerow, N. y Becker, D. (1998). Depression, cognition, and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury. *Brain Injury, 12*, 537-553.
- Satz, P., Zaucha, K., Forney, D. L., McCleary, C., Asarnow, R. R., Light, R., Levin, H., Kelly, D., Bergsneider, M., Hovda, D., Martin, N., Caron, M. J., Namerow, N. y Becker, D. (1998). Neuropsychological, psychosocial, and vocational correlates of the Glasgow Outcome Scale at 6 months post-injury: a study of moderate to severe traumatic brain injury patients. *Brain Injury, 12*, 555-568.
- Scogin, F. y Rohling, M. L. (1989). Cognitive processes, self-reports of memory functioning, and mental health status in older adults. *Journal of Aging and Health, 1*, 507-520.
- Spielberger, C. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, California: Mind Garden.

- Taylor, S., Freuh, B. C. y Asmundson, G. J. G. (2006, in press). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Thompson, L. (1986). Measurement of depression: implications for the assessment of cognitive function in the elderly. En L. W. Poon (Ed.), *Handbook of clinical memory assessment of older adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tombaugh, T. N. (1996). *TOMM: The Test of Memory Malingering*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Tombaugh, T. N. (1997). The test of memory malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment*, 9(3), 260-268.
- Weingartner, H. (1986). Automatic and effort-demanding cognitive processes in depression. En L. W. Poon (Ed.), *Clinical memory assessment of older adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wetter, M. W., Baer, R. A., Berry, D. T. R., Robison, L. H. Y Sumpter, J. (1993). MMPI-2 profiles of motivated fakers given specific symptom information: A comparison to matched patients. *Psychological Assessment*, 5, 317-323.
- Yanez, Y. T., Fremouw, W., Tennant, J., Strunk, J. Y Coker, K. (2006). Effects of severe depression on TOMM performance among disability-seeking outpatients. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 161-165.