

**Propuesta de Protocolo de Evaluación Neuropsicológica en el Contexto de Pérdida de Capacidad:
Detectando Posibles Simuladores.**

Carolina Yibirín Peinado y Adelaida Restrepo Peláez

Asesor:

Julián Carvajal Castrillón

Universidad CES

Facultad de Psicología

Maestría Neuropsicología Clínica

2021

Resumen

La invalidez es una problemática que afecta a nivel mundial, un porcentaje significativo de la población, abarcando un 15,6% entre países de altos y bajos ingresos. En Colombia, el 6,3% de la población presenta algún tipo de discapacidad, por considerarse un porcentaje significativo, se han creado normas y rutas de manejo para la población, así como el decreto 1507 del 2014 el cual aporta criterios para la valoración de la discapacidad y la posibilidad de ser candidato a pensión. Desde la neuropsicología, debido al surgimiento de interrogantes con respecto a irregularidades durante la evaluación de pacientes que se encuentran dentro de un proceso jurídico, se han diseñado pruebas y criterios, buscando detectar con mayor facilidad a simuladores, las cuales ha demostrado su utilidad a través de los años. En Colombia, no se encuentra evidencia de un modelo establecido para la evaluación neuropsicológica de pacientes con sospecha de simulación de alteraciones cognitivas, generando inconsistencias en el resultado final. Se pretende proponer un modelo de evaluación neuropsicológica en el contexto clínico que permita la detección de pacientes simuladores de alteraciones cognitivas y comportamentales derivadas de enfermedad mental y neurológica que puedan obtener algún beneficio por pérdida de la capacidad laboral. Se propone crear una entrevista que guíe el proceso de detección de los síntomas del simulador, brindar a los neuropsicólogos los signos de alarma que les permita caracterizar desde la observación clínica al paciente simulador e integrar pruebas cognitivas que sea útiles para discriminar el paciente simulador el paciente con alteraciones cognitivas genuinas.

“Palabras clave”: Simulación, neuropsicología, protocolo clínico.

Planteamiento del Problema

A nivel mundial, la invalidez se entiende como una problemática que afecta a un porcentaje significativo de la población, según la OMS (2011), en países de altos ingresos económicos estiman un 11.8% de personas con discapacidad, en países con ingresos bajos 18%, dando un consolidado a nivel mundial de 15.6%. Dicha situación genera costos representativos en cada región, por las necesidades de atención médica, psicológica como social y de garantía de cumplimiento de las necesidades básicas, lo que se hace más evidente debido a que gran parte de la población con discapacidad está situada en poblados pobres con pocas posibilidades de acceso económico (OMS, 2011)

Para 2012, cerca del 6.3% de la población presentaba algún tipo de discapacidad en Colombia (Lugo Agudelo & Seijas, 2012), el último registro de 2017 obtenido a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) permitió identificar un reporte de cerca del 3% de población registrada (Ministerio de salud y protección social, 2017). Debido a que se considera un porcentaje significativo, desde la institucionalidad se han diseñado normas y rutas de manejo para esta población, dentro de las que resaltan artículos de la Constitución Política De Colombia como los Artículos 13, 47 y 54, que hablan sobre la libertad, el derecho a la capacitación, la protección y la integración social de personas con cualquier tipo de discapacidad. Además, a partir del año 2021 se reformuló la política pública de discapacidad buscando abarcar mayor población con estas características (Ministerio de salud, ND).

Particularmente en Antioquia según el censo de 2005, había una prevalencia de alrededor de 6.55%, con la característica de que a mayor edad aumentan los índices de discapacidad, siendo

la población mayor de 60 años la de más vulnerabilidad con 55.262 casos, (Fajardo Valderrama & Agudelo Suárez, 2015). Los últimos datos del ministerio de salud reflejan que en Antioquia hay reportadas 167.019 personas con discapacidad, que representa una tasa por 100.000 habitantes de 2.526 (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Como consecuencia de lo anterior, se vislumbra un tema álgido y ampliamente debatido a nivel global, incluyendo a Colombia, y es lo relacionado con la pensión por invalidez, ligada a diversidad de patologías tanto congénitas como hereditarias, dentro de las que se incluye a la discapacidad intelectual o la pérdida de la capacidad de la fuerza laboral por problemas comunes o de alto riesgo, de la primera se encargan los fondo de pensiones, mientras que la segunda las administradoras de riesgos laborales (Gómez González & García Franco, 2016). Actualmente se puede percibir un déficit en el manejo pensional, a 2013 el costo fiscal de las mismas ascendía a un 5% del PIB, a lo que se le añade la gran desigualdad en el momento de otorgar beneficios pensionales: el 20% de la población más adinerada recibe pensión, mientras que el 5% de los más pobres goza de este beneficio; a lo que se le suma que alrededor de 90% de cotizantes no logra su pensión (Gómez González & García Franco, 2016).

La aprobación de la ley 100 de 1993, busca garantizar un sistema de seguridad social integral, en su artículo 10 expresa que esta ley: *“tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la presente Ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones”*. Dicha ley ha tenido modificaciones con el paso del tiempo, dentro

de las relevantes para el caso de pensión e invalidez se menciona la ley 797 de 2003 que en su artículo 4 da obligatoriedad a un empleado y sus empleadores a cotizar en los diferentes sistemas pensionales, el artículo 38 (de la ley 100 de 1993) que habla de otorgar pensión a quien pierda más del 50% de la capacidad laboral, y, el artículo 39 que describe los requisitos para adquirir dicha pensión por invalidez (Gómez González & García Franco, 2016).

Como resultado de las circunstancias propias del país y los decretos anteriores, se desarrolló el decreto 1507 de 2014 que tiene que ver con el desarrollo del manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, en el cual se pretende valorar y calificar el nivel de discapacidad o pérdida de fuerza laboral que presenta la persona que solicita la pensión por invalidez, teniendo en cuenta factores como: clase de deficiencia, porcentaje de deficiencia y criterios de la deficiencia. Dentro de estos factores uno de los exámenes o valores más comúnmente usados con las evaluaciones neuropsicológicas que buscan determinar el estado cognitivo de la persona que pretende una ganancia secundaria (Slick, Sherman, & Iverson, 1999), en este caso del candidato a pensión.

Desde la utilización de las pruebas neuropsicológicas como herramienta diagnóstica para el estado cognitivo, han surgido interrogantes respecto a cómo identificar irregularidades en las ejecuciones del paciente y esfuerzos cognitivos menores a los que realmente puede hacer, buscando una posible ganancia secundaria (Jones, 2017). Por tal motivo, se han diseñado pruebas y estándares buscando detectar con mayor facilidad a un simulador, como por ejemplo los criterios de Slick, Sherman e Iverson (1999) para la disfunción neurocognitiva simulada (MND), que han sido de utilidad a través de los años, aunque con actualizaciones como las realizadas por los

mismos autores (Sherman, Slick, & Iverson, 2020). Los criterios mencionados son de gran utilidad para la comunidad científica neuropsicológica, debido a que favorecen el desarrollo de pruebas con la suficiente validez y confiabilidad, así como también para establecer otros criterios válidos con este tipo de pacientes con aparente discapacidad o dolor simulado (Bianchini, Greve, & Glynn, 2005).

Según Muñoz-Céspedes y colaborador (2001), las simulaciones de deficiencias cognitivas no son muy frecuentes, pero cuando se presentan se deben comparar con otras herramientas diagnósticas como un electroencefalograma, una resonancia magnética o una tomografía axial computarizada, además se debe tener presente la congruencia entre lo emocional, comportamental y cognitivo, para tomar una decisión respecto a un posible simulador (Muñoz-Céspedes & Paúl-Lapedriza, 2001).

En Colombia un estudio reciente de la ciudad de Bucaramanga encontró que la evaluación neuropsicológica puede ser útil para determinar si una persona está simulando una disfunción, además, los autores afirman que la alteración que con mayor frecuencia suelen fingir los pacientes son las dificultades en la memoria (García, 2020). Otras investigaciones como la de Puerta et al. (2016), evidenciaron que la utilización del Test of Memory Malingering (TOMM) (Tombaugh, 1996) en pacientes con traumas de cráneo, puede ser 100% efectiva para identificar pacientes simuladores.

A pesar de la presencia de estudios realizados en Colombia para identificar simuladores, no hay evidencia de un modelo establecido para la evaluación neuropsicológica de pacientes con sospecha de simulación de alteración cognitiva, ni en el país, ni mucho menos en la ciudad de

Medellín. Esta situación, genera inconsistencia e incertidumbre en el resultado final, debido a que queda la duda de si aplicando pruebas aisladas es posible detectar un simulador cognitivo, entendiendo este, no solo como el que simula una amnesia sino todo el contexto cognitivo, incluyendo su funcionalidad. Los Neuropsicólogos Clínicos, en muchas ocasiones, son quienes realizan los procesos de Evaluación Neuropsicológica pues tienen el conocimiento frente a alteraciones y síndromes neuropsicológicos que se pueden presentar y dar origen a la solicitud de pensión por invalidez o pérdida de la capacidad laboral, pero, al estar inmersos en el ámbito clínico no hay claridad sobre como afrontar a un sujeto que es posiblemente simulador y enfrentar las posibles consecuencias legales que esto pueda llevar.

Por lo anterior, se pretende proponer un modelo de evaluación neuropsicológica que permita la detección de pacientes simuladores de alteraciones cognitivas y comportamentales derivadas de enfermedad mental y neurológica que soliciten un proceso de pensión por invalidez o algún beneficio por pérdida de la capacidad laboral.

ANTECEDENTES

Comúnmente, los trastornos que suelen ser simulados, buscando una ganancia secundaria son los relacionados con la cognición, la conducta, los problemas sensoriales y los trastornos de la personalidad (Ferrero-Arias, 1998), dentro de los cognitivos, los más simulados son los que tienen que ver con la memoria (Fernández, 2001). En la práctica, algunos de los síntomas más comúnmente fingidos o exagerados se relacionan con una lesión cerebral traumática leve, donde no exista evidencia radiológica objetiva de la lesión (Jones, 2017)

En un estudio realizado por Rutherford, Merrett y McDonald en 1979, se realizó seguimiento un año después a los síntomas de traumatismo craneoencefálico leve, la presencia de disfunción cognitiva se basó en el autoinforme, y no en pruebas objetivas. El 15% de la muestra de los pacientes que reportó que los síntomas persistían, estuvieron involucrados en una demanda y se consideró que fingían los síntomas (Rutherford, Merrett, & McDonald, 1979).

En el estudio realizado por McLean, Temkin, Dikmen & Wyler (1983), se valoraron secuelas comportamentales en traumatismo craneoencefálico incluyendo graves y moderados. Fueron reportadas síntomas continuos y sin mejora de ningún tipo, sin embargo, las pruebas neuropsicológicas objetivas, no detectaron dicho déficit un mes después de la lesión (McLean., Temkin, Dikmen, & Wyler, 1983).

Otros estudios, coinciden con los resultados de Rutherford et al (1979), quienes lograron concluir que las quejas cognitivas generados en el autoreporte no coinciden con las pruebas neuropsicológicas objetivas aplicadas, de lo que se permite inferir una exacerbación de la sintomatología cognitiva, que generalmente está asociada a una ganancia secundaria (Villemure, Nolin & Le Sage, 2011).

Tatia y colaboradores (2005) realizaron un estudio con resonancia magnética funcional a una población de 29 personas, estudiantes universitarios postgraduados y de diferentes géneros y etnias, para determinar la activación cerebral en tareas que exijan simulación de problemas de memoria. Dicho estudio se realizó en tres momentos, la primera tenía que ver con la elección fingida de un estímulo específico, el segundo haciendo una diferenciación entre género y el tercer momento una prueba por diferenciación de lenguas. Los resultados apuntan a que la activación neuronal se da en región prefrontal bilateral, parietal y singular.

Jones (2017), se interesó por desarrollar una propuesta investigativa cualitativa sobre la simulación cognitiva, para ello se incluyó en una batería de evaluación neuropsicológica una entrevista semiestructurada aplicada a 15 personas no neurológicas a las que se le pidió que fingieran deterioro. Los resultados permitieron evidenciar algunos factores a tener en cuenta para identificar una posible simulación: intrusiones, errores de reproducción en la copia de figuras, utilizar patrones de selección de estímulos, adivinar al azar, realizar mal las tareas que parecen más complejas, fingir cansancio e imitar a alguien conocido previamente con discapacidad.

Además se corroboraron algunos otros factores ya conocidos como omisiones, respuestas aproximadas, simulación de síndrome disejecutivo, lentitud para articular respuestas, inatención, rendimiento consistentemente bajo en todas las pruebas y sentimiento de ambivalencia por el mal desempeño (Jones, 2017). Lo anterior, se puede considerar como un aporte a los datos cuantitativos ya existentes.

Otro estudio realizado por Grabyan (2017), buscaba identificar la posibilidad de simulación en la prueba de memoria fingida TOMM en los 10 primeros ítems, teniendo en cuenta que es una de las pruebas de validez de rendimiento más utilizadas en la comunidad científica neuropsicológica. Se valoraron 180 paciente con epilepsia de larga duración utilizando las pruebas TOMMe10 y dígitos del WAIS IV, dentro de una batería más amplia. Encontraron un punto de corte de >2 errores produjo una sensibilidad del 88% y una especificidad >90 (Grabyan, Collins, Alverson, & Chen, 2017).

Aproximadamente el 94% de los neuropsicólogos en la práctica privada informan haber estado involucrados en evaluaciones lesiones cerebrales en el contexto de lesiones personales (Essig, Mittenberg, Petersen, Strauman & Cooper, 2001)

Los estudios de simulación de síntomas cognitivos han permitido establecer desempeños comunes en las historias clínicas y en las pruebas neuropsicológicas de los pacientes simuladores, obteniéndose hallazgos tanto cuantitativos como cualitativos, que permiten al neuropsicólogo realizar una observación y brindar una opinión sobre si determinado sujeto está fingiendo o exagerando sus síntomas tanto en entornos civiles como forenses.

Justificación

En Colombia, la pensión por invalidez es reconocida cuando se da una incapacidad que se ha calificado de permanente por las juntas establecidas en el país, que pueden estar relacionadas con el trabajo o fuera de este, en el segundo caso sería por enfermedad de origen común (Pamplona, 2019).

En un estudio realizado por Yepes-Delgado en el año 2018 en Colombia entre los años 2006 y 2011, las personas que reclamaron la pensión por invalidez tenían entre 28.6 y 47.8 años de edad. Lo cual nos muestra la magnitud del problema puesto que el costo que representa la pérdida de la capacidad laboral se encuentra en personas en plena edad productiva. Dentro de dicho estudio también se reportó que el 77,9 % de las personas que solicitaron la pensión en el periodo de 2006 y 2011 correspondían a secuelas de enfermedad común mientras que el 17.6% pertenecía a accidentes laborales. Dentro del mismo estudio, también se encontró que el 8% de las personas que reclamaron la pensión por invalidez a causa de una enfermedad psiquiátrica y el 8.9% a una enfermedad neurológica, donde la evaluación neuropsicológica hace parte de los exámenes necesarios para realizar la evaluación de la pérdida de capacidad laboral.

Dentro del estado Colombiano existen diferentes situaciones en las cuales una persona puede hacer reclamaciones económicas, accidentes de tránsito, accidentes laborales, accidentes fortuitos e indemnizaciones en el contexto penal por lo cual algunas personas “aprovechan” provocan intencionalmente un empeoramiento de su condición de salud.

Teniendo en cuenta dicho panorama, es fundamental realizar un modelo de evaluación neuropsicológica, sensible y específica que permita la detección de los pacientes que puedan ser simuladores o sobre simuladores (exageración de la sintomatología) de alteraciones cognitivas y

comportamentales en el contexto de una enfermedad mental o neurológica y que estén buscando alguna remuneración económica como indemnizaciones o una pensión por invalidez. Son tan frecuentes estas afectaciones, que en un estudio realizado en México sobre simulación para aspirar a pensión de invalidez, se evidenció como causales de solicitud lumbalgia crónica 23 %, demencias y psicosis 17 %, padecimientos neurológicos 15 % y otros problemas 12 % (Quezada-Ortega, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario elaborar un modelo de evaluación neuropsicológica que incluya pruebas específicas para detectar pacientes simuladores, que logre brindar mayor confiabilidad y validez en este tipo de pacientes y se puedan tomar decisiones más certeras respecto a procesos de pensión que contribuyan a amortizar la alta carga fiscal del país y posibilite una mayor comprensión de pacientes con rasgos de simulación.

Al realizar dicho modelo se espera poder realizar un buen aporte al diagnóstico y posterior tratamiento clínico del paciente pero adicional, se espera colaborar en el desenmascaramiento de posibles simuladores.

Objetivos

Objetivo General

Proponer un protocolo de evaluación neuropsicológica que permita la detección de pacientes simuladores de alteraciones cognitivas y comportamentales que soliciten un proceso de pensión por invalidez o algún beneficio por pérdida de la capacidad laboral.

Objetivos Específicos

- 1) Sugerir una entrevista que guíe el proceso de detección de los síntomas del simulador.

- 2) Brindar indicaciones a los neuropsicólogos acerca de los signos de alarma que permitan caracterizar desde la observación clínica al paciente simulador.
- 3) Integrar pruebas cognitivas que sean útiles para para discriminar el paciente simulador del paciente con alteraciones cognitivas secundarias a disfunción neurológica o enfermedad psiquiátrica.

Modelo de Evaluación

Entrevista

La entrevista, dentro de la evaluación neuropsicológica en el contexto de posible simulación comparte las mismas características que la entrevista realizada dentro de una evaluación neuropsicológica en el ámbito clínico. Sin embargo, existen algunos factores que podrían ser indicio de la presencia de un posible simulador, que si bien no son suficientes para detectar un sujeto simulador puede ser útiles para orientar la selección de pruebas cognitivas y escalas clínicas a utilizar durante la evaluación.

Siendo así, la evaluación neuropsicológica, como todas las valoraciones de este tipo, debe comenzar por la anamnesis a través de la entrevista clínica. Muñoz-Céspedes y Paúl-Lapedriza (2001) refieren que es importante hacer énfasis en las siguientes áreas:

- Descubrir la relación de causalidad entre el evento traumático y las secuelas que refiere el sujeto, para la cual es fundamental tener la capacidad de verificar los hechos que generaron el evento traumático.

- Lograr realizar el encadenamiento clínico; es decir, hacer una línea del tiempo desde el evento traumático hasta la instauración de las secuelas. Es frecuente que los problemas cognitivos se incrementen con el reintegro laboral debido a que aumenta la demanda y el esfuerzo.
- Preguntar sobre el perfil premórbido del sujeto que pudiera dar una explicación a la sintomatología del evaluado; tener en cuenta factores de personalidad, medicamentos, antecedentes de salud y tratamiento médico.
- Indagar acerca de la información necesaria para verificar la relación entre las quejas referidas por el sujeto y el nivel de exigencia del medio; con estos datos se espera determinar si los síntomas que reporta el evaluado guardan proporción con las diferentes fuentes de información.

Chica-Urzola y colaboradores (2005), manifiestan que para realizar una adecuada entrevista clínica es necesario tener presente técnicas comúnmente usadas en la práctica clínica como hacer empatía, buscar generar un espacio de confianza entre evaluador y paciente o buscar la posibilidad de identificar diferentes hipótesis diagnósticas por medio de preguntas focalizadas hacia diferentes trastornos.

Para términos específicos del posible simulador, además de las técnicas comunes anteriormente mencionadas, se sugiere utilizar estrategias encaminadas a abordar sujetos difíciles de evaluar y que suelen tener tendencia a exagerar, buscando ganancias secundarias como obtener medicamentos, beneficios legales o laborales. Algunos autores han sugerido técnicas como la “fanfarronería”, la exageración, la amplificación del síntoma (ambas para disminuir la vergüenza), la normalización o el supuesto de partida (se parte del supuesto de que está presentando la conducta) (Chica-Urzola, Escobar-Córdoba, y Folino, 2005).

Signos de Alarma al Momento de la Entrevista

Se considera tener en cuenta la solicitud de la evaluación neuropsicológica por parte de medicina laboral, después de accidente laboral o en el contexto legal, para objetivar el perfil cognitivo, identificando posibles secuelas cognitivas y comportamentales, así como exacerbación voluntaria de los síntomas.

González Ordi y Iruarrizaga Diez (2005) sugieren los siguientes casos, como signos de alarma que indicarían una probabilidad de simulación: estímulos económicos, problemas a nivel laboral, cercanía a la edad de jubilación o conocimiento de engaños previos. De igual forma, deben considerarse otras señales como sintomatología atípica y diferencias en el comportamiento reportado en la historia y lo observado en consulta, o incluso por fuera de ella.

Otras características que pueden presentar los sujetos que simulan en contextos legales, para Hernández y Paz, (2019), son: nivel socio cultural bajo, sexo masculino, edad entre los 24 y 56 años, rechazo a las terapias psicológicas y psiquiátricas, control voluntario de los síntomas, presentación de síntomas que no sugieren una enfermedad específica y múltiple variedad de quejas.

Perfil Comportamental y Cognitivo

Es importante aclarar que para la valoración cognitiva de las funciones mentales superiores en pacientes que buscan una ganancia secundaria es imprescindible realizar tareas que posibiliten valorar el nivel de esfuerzo realizado, de lo contrario podría considerarse como una valoración inconclusa (Iverson, 2003). Así mismo, Bauer (2007), hace énfasis en la necesidad de utilizar pruebas de validez de los síntomas como medio para justificar resultados posiblemente no válidos o sospechosos, manifiesta que de no tenerlos, es posible que datos poco coherentes sean difíciles de argumentar, debido a la carencia de un apoyo cuantitativo o demostrable de la capacidad de esfuerzo cognitivo del paciente que terminó por invalidar la prueba realizada.

En este sentido, tener claridad sobre las características propias del simulador es fundamental para comprender en qué momento podría estar frente al evaluador en una consulta de neuropsicología. Lipman (1962), propone cuatro tipos de simuladores: 1) los que no tienen ningún síntoma pero se lo inventan, 2) los que tuvieron alguna alteración que ya cesó, pero la siguen manifestando, 3) los que exageran o exacerbaban los síntomas y 4) los que atribuyen una disfunción asociado a un daño en particular. Otros autores como Iverson (2006), consideran que la simulación también debe ser valorada a través del tiempo debido a que posibilita identificar cambios e identificar irregularidades.

Pero los autores mencionados no son los únicos que han intentado establecer criterios para identificar un posible simulador. Slick y colaboradores (1999), diseñaron criterios diagnósticos para identificar una simulación de la deficiencia neuropsicológica:

Criterio A: Incentivo externo: pensión por invalidez, evitar un juicio penal, lesiones personales, entre otros.

Criterio B: Los resultados de las pruebas neuropsicológicas están significativamente por debajo de lo esperado. También incluyen discrepancias entre test, entre los test y el comportamiento observado, y entre test con otros exámenes reportados, como imágenes diagnósticas.

Criterio C: Inconsistencias en el reporte de síntomas con: la historia clínica documentada, las imágenes cerebrales, evidencia de disfunción psicológica exagerada o fabricada.

Criterio D: Las conductas evidenciadas en los criterios B y C, no se relacionan con un cuadro psiquiátrico, neurológico o problemas del desarrollo que expliquen la disfunción cognitiva.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente mencionados, Harttman (2002) propuso una serie de criterios a tener en cuenta cuando se pretende diseñar pruebas de validez de síntomas o validez de desempeño útiles para identificar beneficios secundarios de la evaluación neuropsicológica:

1. Sensibilidad y especificidad
2. Aparente validez
3. Medición de síntomas relevantes a la disfunción reportada
4. Data normativa suficiente para conocer estándares científicos y legales, y validación en grupos conocidos.
5. Resistencia a simulación o entrenamiento
6. Facilidad en la administración e interpretación investigación continua

Se ha evidenciado que, para ser efectivo, un modelo de simulación dentro de la evaluación neuropsicológica tiene que poder direccionarse en las principales vías en las cuales la simulación se manifiesta, incluyendo no solo la simulación de disfunción cognitiva si no también simulación en el reporte de síntomas somáticos y psiquiátricos (Ben-Porath y Teelegen, 2008)

Siendo así se considera que un modelo enfocado exclusivamente en la exageración cognitiva omitirá otros tipos de presentación de simulación por lo cual se propone un modelo de evaluación integral teniendo en cuenta aquellos aspectos comportamentales y de desempeño que pueden ser observados durante el proceso de evaluación y ser indicativos de una posible exageración de síntomas o simulación .

Signos de Alarma Comportamentales:

Se han identificado signos de alarma en el comportamiento del paciente simulador, que permiten orientar su perfil clínico, como inconsistencias entre lo reportado y su comportamiento en consulta, interrogatorio en el que se proporciona información escasa o muestra una pobre actitud de cooperación, contradicción en su relato, actitud evasiva, exageración de los síntomas, frecuentes intentos de llamar la atención del clínico respecto a su enfermedad y escasa resonancia emocional frente a la enfermedad simulada. Adicional a esto, puede existir otros hallazgos en el paciente simulador como manifestación de quejas vagas, atípicas, inusuales e inexplicables que no se ajustan a entidades nosológicas concretas, y dificultad para fingir síntomas fisiológicos, incoherencia entre los resultados obtenidos en las pruebas y la funcionalidad que presenta. Estos pacientes también pueden dar una apariencia de sentirse frustrados, incongruencias con el lenguaje verbal o no verbal y poca relación de los síntomas con la enfermedad que se intenta simular ((Jaffe & Sharma, 1998), (Stuart & Clayman, 2001)

Pruebas de Validez de Desempeño:

Las pruebas de validez de desempeño son tests que permiten diferenciar las alteraciones cognitivas y comportamentales genuinas, de aquellos síntomas neuropsicológicos simulados por el paciente. De acuerdo a los criterios elaborados por (Hartman, 2002), es posible destacar las siguientes tests neuropsicológicas que se podrían subdividir en pruebas de validez de desempeño y pruebas de validez de síntomas.

El Test of memory malingering (TOMM, 1996): Prueba diseñada por el autor Tombaugh. Consta de dos ensayos de aprendizaje y un ensayo opcional de retención, se muestran 50 estímulos visuales con una tarea de evocación libre tras 15 minutos de interferencia. Una puntuación por debajo de lo esperado tanto en tareas de retención como posteriormente en la evocación permitirían inferir una disfunción cognitiva simulada. Esta es una de las pruebas que mas mostrado mayor sensibilidad para detección de conductas simuladas (Bauer, O'Bryant, Lynch,

McCaffrey, y Fisher, 2007), a nivel mundial, incluyendo a la población Colombiana, para la cual Puerta (2010), encontró una sensibilidad de entre el 84 y el 100%, lo que coincide con otros estudios a nivel mundial como el de Tombaugh et al. (1996) y por (Rees LM, 1998)

Por su parte, el Word Memory Test (WMT, 1996), fue una prueba diseñada por los autores Green, Allen, y Astner, y se basa en la presentación de pares de palabras, en total son 20 parejas de palabras que se le repiten en dos oportunidades, posteriormente se les pide que identifiquen qué pares de palabras estaban en la lista inicial. Posterior a 30 minutos se realiza una tarea de reconocimiento en la cual el paciente debe identificar cuáles eran las parejas presentes en la lista original, de las respuestas dadas se saca un promedio y se identifica si está por debajo del puntaje sugerido, si lo está, se sospecha simulación (Bauer, O'Bryant, Lynch, McCaffrey, y Fisher, 2007).

Por último, el Rey 15-item (1995), fue creada por Lezack en el año en mención y ha sido una de las pruebas más utilizadas para detectar pobre esfuerzo en el desempeño, busca el almacenamiento de 15 estímulos auditivos, de corta duración: aproximadamente 5 minutos y es de fácil aplicación. A pesar de ser una de las más mencionadas, ha caído en desuso debido a limitaciones observadas que ponen en duda su validez, sensibilidad y especificidad para detectar disfunciones cognitivas simuladas debido a que existe variabilidad en los datos obtenidos en diferentes estudios donde revelan una sensibilidad de entre 7 y 72% en estudios controlados, mientras que en pacientes con conductas de simulación real la sensibilidad y especificidad osciló entre un 5 a 86% (Boone y Razani, 2002).

Pruebas de Validez de Síntomas:

El Medical Symptom Validity Test (MSVT; Green, 2004) es una prueba computarizada corta para valorar validez del síntomas, de las más usadas por la comunidad científica que pretende identificar deterioro de la memoria verbal (Howe, Anderson, Kaufman, Sachs, y Loring, 2007). Contiene dos subpruebas de valide de síntomas, una sub prueba de consistencia y dos de

memoria, cuyos resultados se analizan de acuerdo a valores esperado (Whitney, Shepard, Williams, Davis, y Adams, 2009) y demostrado una sensibilidad y efectividad de entre 95 y 99% (Richman, y otros, 2006).

Por otra parte, el Victoria Symptom Validity Test es una prueba de validez de síntomas diseñada como una forma de versión mejorada del test de memoria de dígitos en el cual mejoraron las tareas de reconocimiento buscando aumentar la sensibilidad para detectar rendimiento invalido o posiblemente simulado, además incluyeron índices de latencia de respuestas e incluyeron estímulos que se consideran fáciles y difíciles. Algunos estudios muestran un rango entre 90 y 92% de especificidad como el de Silk-Eglit (2016), sin embargo, lo estudiosos del tema notaron que puntuaciones utilizadas no son convencionales por lo tanto no es claro si ese rango podría ser válida en su totalidad. A Pesar de lo anterior esta prueba se considera que tiene validez en el ámbito científico (Resch, et. al., 2021).

Finalmente, el Structured Inventory of Malingered (SIMS) el diseñado por Smith y Burger (1994), pretendiendo detectar psicopatologías fingidas. Se presentan una serie de 75 síntomas o afirmaciones inverosímiles que el paciente debe afirmar o rechazar y está dividido en subescalas de 15 ítems. A pesar de que los mismos autores hacen la claridad de que no es útil para detectar psicopatologías fingidas, si lo puede ser para detectar que tipo de patología intenta fingir como una psicopatía o una discapacidad cognitiva (Impelen, Merckelbach, Jelicic, y Merten, 2014).

Signos de Alarma de Acuerdo a Resultados de las Pruebas Neuropsicológicas

En cuanto a los signos de alarma en las pruebas neuropsicológica que permiten sospechar simulación o exacerbación voluntaria de síntomas se encuentran la incoherencia entre los resultados que obtienen en las pruebas y la funcionalidad que presenta, discrepancia en los resultados de pruebas que evalúan los mismos procesos mentales y habilidades, estas

discrepancias no pueden ser explicadas por diferencias en la atención, motivación, dificultad de la tarea o propiedades psicométricas de las pruebas (Muñoz-Céspedes 2001).

Otras observaciones que deben considerarse son muy bajo rendimiento en pruebas neuropsicológicas, que la mayor parte de las personas con lesiones cerebrales moderadas o graves realizan bien, presencia de un patrón de ejecución malo-bueno-malo en evaluaciones seriadas, ejecuciones mediadas por respuestas ilógicas o absurdas, puntuaciones bajas en pruebas motoras y sensoriales que no se corresponden con un patrón anatómico de lesión, rendimiento inferior en atención en comparación con tareas de memoria, pruebas de reconocimiento de información exageradamente alteradas e incluso peores que las de evocación sin claves (Youngjohn, Burrows, Erdal, 1995).

Otros autores sugieren considerar en el desempeño neuropsicológico del paciente simulador, un efecto reducido de posición serial en las pruebas de evocación libre de material aprendido (tendencia a recordar los primeros y los últimos elementos de una serie, por ejemplo una lista de palabras, con mayor precisión que los elementos intermedios). También un reducido efecto de las claves en las tareas de recuerdo demorado, rendimiento final por debajo del esperado por azar, intrusiones en las pruebas de evocación libre, seleccionar falsos positivos en las pruebas, adicionar elementos extras en las pruebas de evocación de información visual como la Figura Compleja de Rey y muy bajo rendimiento en las tareas que aparentan ser más complejas (Binder, 1992) (Nies KJ, 1994) (Wong JL, 1994)

De igual forma, el paciente que simula alteraciones cognitivas y comportamentales suele fingir agotamiento en la consulta, imitar a otra persona, como, a un niño o alguien con discapacidad cognitiva y dar respuestas aproximadas o cercanas a la correcta. También pueden observarse amplias latencias en las respuestas, demostrar dificultades para permanecer

concentrado o mostrarse ambivalente por su pobre desempeño. Este tipo de paciente suelen presentar un rendimiento bajo durante toda la evaluación, cambios de estrategia durante diferentes momentos de la evaluación y uso de estrategias para impresionar como aparentar hacer un esfuerzo por intentarlo o ser útil durante el proceso de evaluación (Jones, 2017) . En el caso específico de TCE un índice de discrepancia entre las pruebas de vocabulario y dígitos, suele ser sugestivo de exacerbación voluntaria de síntomas o simulación, ya que las personas con trauma de cráneo tienen un rendimiento muy similar en ambas pruebas. (Heinly, 2005)

Impresión Diagnostica

Según el DSM versión 5 (Apa, 2014) la simulación identificada con el código V65.2 (Z76.5) se caracteriza por la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por ganancias secundarias, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos.

Se debe sospechar la simulación cuando se observa alguna combinación de los siguientes factores:

- Contexto médico legal de la presentación: El individuo fue remitido por un abogado o viene por iniciativa propia estando a la espera de un proceso judicial.
- Marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad que cita el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos.
- Falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y para cumplir la pauta de tratamiento prescrito.
- Presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

Viquez (2014), argumenta que un informe de posible simulación debe indicar intencionalidad, así como tipo y grado de distorsión presentes. Asimismo debería tratar de ser más factual que

acusatorio, expresando existencia de inconsistencia de resultados que permitan dar un diagnóstico, o bien que los resultados obtenidos no sean consistentes con un diagnóstico conocido o con las quejas actuales. Se señala que si las dinámicas evaluadas generan dudas, se debe indicar este tipo de vacío, en lugar de señalar que una persona “está simulando”.

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

Diagnostico Diferencial:

En el DSM 5 DSM (Apa, 2014), reportan que la simulación difiere de un trastorno facticio en que la motivación de la generación de los síntomas de la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio no hay incentivos externos. También puede diferenciarse del trastorno de conversión y de los síntomas somáticos relacionados con trastornos mentales por la generación intencionada de síntomas y por los incentivos externos evidentes que lleva asociados.

De acuerdo con (Ferrero, 1999) aun cuando las alteraciones cognitivas representan el abanico semiológico más diverso y heterogéneo que pueda deparar el ser humano, la simulación de una disfunción cognitiva no es demasiado frecuente, posiblemente porque las posibles desventajas sociales provocadas por un diagnóstico de trastorno cognitivo superen las ventajas

materiales obtenidas, quizá también porque simular una alteración motora o perceptiva exige menos esfuerzo intelectual.

Dentro de la práctica clínica pueden encontrar formas de disimulación, como trastornos ficticios y de simulación, en los que los pacientes fabrican o exageran deliberadamente síntomas de enfermedades físicas o psicológicas. (Jones, 2017).

La simulación se diferencia de los trastornos facticios por la presencia de incentivos externos, como la ganancia financiera o la evitación de la responsabilidad penal, en contraposición a la motivación de las ganancias internas, como la atención y el cuidado que brinda el rol de enfermo (Apa, 2014)

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, la simulación implica siempre la existencia de recompensas externas (cobro de seguro e indemnizaciones, liberación del servicio militar, entre otras.) a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza de forma consciente y deliberada en contraposición con los trastornos somatoformos (Apa, 2014).

La simulación es un acto volitivo al servicio de un objetivo tangible y, por lo tanto, los conceptos tradicionales de "etiología" no se aplican. Por el contrario, la simulación deliberada de síntomas en ausencia de objetivos tan obvios como la compensación monetaria o la evitación de la responsabilidad penal o laboral suele ocurrir sólo junto con una alteración psiquiátrica significativa y, en particular, el trastorno límite de la personalidad. (Sutherland AJ, 1990)

Recomendaciones

La pensión por invalidez en Colombia se ha convertido en una problemática de salud pública, debido a los altos costos fiscales que representa, asociado a la pérdida de la capacidad

laboral en personas en plena edad productiva. Se ha demostrado que la evaluación neuropsicológica, es una de las principales herramientas diagnosticas dentro del proceso en mención, así entonces, el rol del Neuropsicólogo posibilita la identificación y diferenciación diagnostica relacionada con problemas cognitivos, comportamentales y su posible alteración, teniendo presente aspectos como la genuinidad, ganancias secundarias y exacerbación de los síntomas reportados por el usuario.

Se considera necesario el análisis, conocimiento y descripción del perfil cognitivo y comportamental de sujetos simuladores, que favorezcan la detección dentro de la consulta. Así mismo, tener claro cómo interpretar las inconsistencias en la ejecución de pruebas, respaldándolas en todo momento pruebas de validez de síntomas y de desempeño estandarizadas y confiables, que posibiliten respaldar de manera cuantitativa lo detectado dentro de la evaluación.

Limitaciones:

Para realizar este protocolo de Evaluación Neuropsicológica para la detección del sujeto simulador en búsqueda de pensión o indemnizaciones en el contexto laboral no fue posible publicar de forma exhaustiva los signos de alarma pues este documento, si bien va dirigido a Neuropsicólogos Clínicos, también podrán tener acceso los diferentes actores involucrados en litigios relacionados con la pérdida de capacidad laboral facilitándoles la consecución de su objetivo.

Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (3ra. edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Ley 100. (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Bass, C., & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383(9926), 1422-1432.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62186-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62186-8)
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., Y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 893-897.
- Beck, A., Steer, R., Y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- BECK, L. H., Y SARASON, I. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of consulting psychology*, 343–350. doi:10.1037/h0043220
- Bauer, L., O'Bryant, S., Lynch, J., McCaffrey, R., y Fisher, J. (2007). Examining the Test of Memory Malingering Trial 1 and Word Memory Test Immediate Recognition as Screening Tools for Insufficient Effort. *Sage Publications*, 14(3), 215-222.
- Bianchini, J., Greve, K., y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *Spine Journal*, 5(4), 404-417.
- Boone, K., y Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573.
- Carlos Enrique Yepes-Delgado, D. E.-N.-J.-E. (2018). Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población

Bibliografía

- Folstein, M. F., & Folstein, S. E. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 189–198.
doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

- BECK, L. H., & SARASON, I. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of consulting psychology*, 343–350. doi:10.1037/h0043220
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test de Barcelona Revisado (TBR) 2a edición*. Barcelona: Masson.
- Weschler, D. (2004). *Adaptación al castellano de la escala de memoria de Weschler-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test: Experimental Edition* (Segunda ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Grant, D. A., & Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of impairment and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 404-411.
- Golden, C. (1978). *Stroop Color and Word Test: A manual for clinical and experimental use*. Chicago, IL: Stoelting.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.
- Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives de Psychologie*, 286-356.
- Weschler, D. (2008). *WAIS-IV Administration and Scoring Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Torrallva, T. R. (2009). TorralNECO frontal screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 777-786.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering: TOMM*. Multy Health System.
- Puerta, I. C., Arango, E., Betancur, J., & Sánchez, J. W. (2016). Diagnóstico de Simulación de Disfunción Neurocognitiva en sujetos que presentan accidentes laborales. *Archivos de medicina*, 16(2), 445-4.
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 180-183.
- Kertesz, A. N. (2000). The Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 460–468. doi:10.1017/s1355617700644041
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 893-897.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). 1988;24(4):653-9. *Psychopharmacol Bull.* , 653-9.

- Reisenberg, B., Ferris, S., & Franssen, E. (1985). An ordinal functional assesment tool for Alzheimer's type dementia. *Hospital & Community Psychiatry* , 127-37.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 338-348.
- Cruz, A. (1991). El índice de Katz. *Revista Especializada de Geriatria y Gerontología*, 338-348.
- Lawton, M. P. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *he Gerontologist*, 179–186.
- Duarte, L. (2017). Lenguaje, memoria y habilidades visoconstructivas en el envejecimiento normal: Datos normativos con la batería neuronorma Colombia. (Tesis maestría en Psicología con énfasis en Neuropsicología). *Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Psicología*.
- Ben-Porath YS, T. A. (2008). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: manual for admin- istration, scoring and interpretation. *University of Minnesota Press*.
- Jaffe, M., & Sharma, K. (1998). Malingering Uncommon Psychiatric Symtoms Among Defendants Charged Under California's "Three Strikes and You're Out" Law. *Journal of Forensic Sciences*, 549–555.
- Stuart, J., & Clayman, P. D. (2001). Physical Symptoms, Pain and Faking in Traumatic Injury and Disability Clarms. *Forensic Psychology and Psychiatry*.
- E., H. D. (2002). he unexamined lie is a lie worth fibbing: Neurop- sychological malingering and the word memory test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 709-714.
- Hartman. (2002). The unexamined lie is a lie worth fibbing: Neurop- sychological malingering and the word memory test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 709-714.
- Rees LM, T. T. (1998). ive validation experiments of the Test of Memory Malingering (TOMM). *Psychol Asses* .
- Binder. (1992). En L. M. Binder, *Handbook of neuropsychological assessment: a biopsychosocial perspective*. New York: Puente A, McCaf- frey R, editors.
- Nies KJ, S. J. (1994). Neuropsychological assessment and malingering: a critical review of past and present strategies. . *Archives Clinica Neuropsychology*.
- Wong JL, R. R. (1994). Base rate and simulated symp- toms of mild head injury among normals. *Arch Clin Neuropsychol*.
- Heinly, M. T. (2005). WAIS digit span-based indicators of malingered neurocognitive dysfunction: Classification accuracy in traumatic brain injury. *Assessment*, 429-444.
- Ferrero. (1999). Primer congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. *Revista de neurología*, 73-96.
- Sutherland AJ, R. G. (1990). Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*.

trabajadora colombiana entre 2006-2011. *IATREIA*, 248-26. doi:10.17533/udea.iatreia.v31n3a03

Chica-Urzola, H., Escobar-Córdoba, F., y Folino, J. (2005). La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(34), 60-72.

Cid-Ruzafa, J., Y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 338-348.

Cruz, A. (1991). El índice de Katz. *Revista Especializada de Geriátrica y Gerontología*, 338-348.

De Renzi, E., Y Vignolo, L. (1962). The Token Test: A sensitive test to detect receptive disturbance in aphasics. *Brain*, 665-678.

Duarte, L. (2017). Lenguaje, memoria y habilidades visoconstructivas en el envejecimiento normal: Datos normativos con la batería neuronorma Colombia. (Tesis maestría en Psicología con énfasis en Neuropsicología). *Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Psicología*.

Fajardo Valderrama, S., y Agudelo Suárez, L. (2015). *Política pública de discapacidad e inclusión social departamento de Antioquia*. Medellín.

Fernández, S. (2001). La neuropsicología forense: consideraciones. *REV. Neurol*, 1, 783-787.

Fernández Ruiz, J. (2012). Estrategias cognitivas compensatorias en el síndrome de Klinefelter. *ALCMEON, REvista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 308-357.

Ferrero-Arias. (1998). Evaluación del deterioro cognitivo. *Primer Congreso Virtual de neurología*.

Folstein, M. F., Y Folstein, S. E. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

García Barco, M. (2020). La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores. *Hal, Archives-ouvertes*, ND.

Garzon, L., Borda Villegas, E., Córtes, Gonzáles, J., Ospina, Solórzano, G., y Torres, Matiz, A. (2014). Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1507 de 2014.

- GL, I. (2006). Ethical issues associated with the assesment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Appl Neuropsychology*, 77-90.
- Golden, C. (1978). *Stroop Color and Word Test: A manual for clinical and experimental use*. Chicago, IL: Stoelting.
- Grant, D. A., Y Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of impariment and ease of shifting ti new responses in a Weigl-type card sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 404-411.
- Grabyan, J., Collins, R., Alverson, W., & Chen, D. (2017). Performance on the Test of Memory Malingering is predicted by the number of errors on its first 10 items on an inpatient epilepsy monitoring unit. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-11.
- Green, P. (2004). *Medical Symptom Validity Test for Windows: User's manual and program*. . Green's Publishing.
- Green, P., Allen, L. M., Y Aster, K. (1996). *The Word Memory Test: A user's guide to the oral and cumputer-administered forms. US version 1.1*. Durham: Cognisyst.
- Gómez González, C., y García Franco, N. (2016). Estado actual de la jurisprudencia en materia de acumulación de porcentajes de pérdida de la capacidad laboral de distintos orígenes en el aseguramiento del riesgo de invalidez. *Rev.Ibero-Latinoam.Seguros*, 44(25), 233-268.
- Gómez, F., Londoño, J., y Villegas, A. (2017). Valor presente de la pensiones en el régimen de prima media de Colombia. *Cuadernos de economía*, 38(76), 173-205.
- Grabyan, J., Collins, R., Alverson, W., y Chen, D. (2017). Performance on the Test of Memory Malingering is predicted by the number of errors on its first 10 items on an inpatient epilepsy monitoring unit. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-11.
- Hernandez, F., y Paz, M. A. (2019). Aproximacion médico-legal al paciente con trastorno facticio. *Colombia Forense*, 1-10.
- Howe, I., Anderson, a., Kaufman, d., Sachs, B., y Loring, D. (2007). Characterization of the Medical Symptom Validity Test in evaluation of clinically referred memory disorders clinic patients. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 753–761.

- Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., y Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365.
- Iverson, G. L. (2003). Detecting malingering in civil forensic evaluations. . *Handbook of forensic neuropsychology*, 137-177.
- Iverson, G. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.
- Jones, S. (2017). Dissimulation strategies on standard neuropsychological tests: A qualitative investigation. *Brain Injury*, 1-10.
- Kaplan, E., Goodglass, H., Y Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test: Experimental Edition* (Segunda ed.). Philadelphia: Lea Y Febiger.
- Kertesz, A. N. (2000). he Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 460–468. doi:10.1017/s1355617700644041
- Lawton, M. P. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *he Gerontologist*, 179–186.
- Lipman, F. (1962). Malingering in personal injury cases. *Temple Law Quarterly*, 35, 141-142.
- Lugo Agudelo, L., y Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: Una mirada global. *Revista Colombiana de medicina física y rehabilitación*, 22(2), 164-179.
- McLean, A., Temkin, N., Dikmen, S., y Wyler, A. (1983). The behavioral sequelae of head injury. *Journal of Clinical Neuropsychologist*, 5(4), 361-176.
- Ministerio de salud. (ND). *Abecé de la discapacidad*. Bogota. Recuperado el 02 de 09 de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>
- Ministerios de salud y protección social (2017). Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). Bogotá.

- Mora, Viquez, C. (2014). Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación para ayudar a establecer inimputabilidad. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 31(1).
- Morel, K., y Marshman, K. (2008). Critiquing symptom validity tests for posttraumatic stress disorder: a modification of Hartman's criteria. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1542-1550.
- Muñoz-Céspedes, J., y Paúl-Lapedriza, N. (2001). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Neurología*, 32(8), 773-778.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 695-69. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221
- OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Biblioteca OMS.
- Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complex: Contribution a l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives de Psychologie*, 286-356.
- Pamplona Chaparro, J. H. (2019). Reconocimiento de la pensión de invalidez en Colombia: debates presentes en la normatividad que la regulan. Trabajo de Grado. *Universidad Católica de Colombia. Facultad de Derecho*.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploracion neuropsicologica. Test de Barcelona Revisado (TBR) 2a edicion*. Barcelona: Masson.
- Puerta, I. (2010). Psicología jurídica engaño de disfunción cognitiva. *Temas Socio-jurídicos*, 235-260.
- Puerta, I;Lopera, I., Arango Tobón, E., Betancur, Arias, J., y Sánchez, Duque, J. (2016). Diagnóstico de simulación de disfunción neurocognitiva en sujetos que presentan accidentes laborales. *Archivos de medicina*, 16(2), 445-454.
- Puerta, I., Arango, E., Betancur, J., Y Sánchez, J. (2016). Diagnóstico de Simulación de Disfunción Neurocognitiva en sujetos que presentan accidentes laborales. *Archivos de medicina*, 16(2), 445-4.

- Quezada-Ortega MR, R.-M. J.-C.-T.-R. (2006). Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gac Med Mex*.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). 1988;24(4):653-9. . *Psychopharmacol Bull.* , 653-9.
- Reisenberg, B., Ferris, S., Y Franssen, E. (1985). An ordinal functional assesment tool for Alzheimer´s type dementia. *Hospital Y Community Psychiatry* , 127-37.
- Reitan, R. M., Y Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.
- Resch, Z., Webber, T., Bernstein, M., Rhoads, T., Ovsiew, G., y Soble, J. (2021). Victoria Symptom Validity Test: A Systematic Review and Cross-Validation Study. *Springer, Neuropsychol Rev*.
- Richman, J., Green, P., Gervais, R., Flaro, L., Merten, T., y Brockhaus, R. (2006). Objective tests of symptom exaggeration in independent medical examinations . *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(3), 303–311.
- Rutherford, W., Merrett, J., y McDonald, J. (1979). Symptoms at one year following concussion. *Injury*, 10(3), 225-230.
- Sahoo, S., Kumar, R., Oomer, y Fareed, O. (2020). Concepts and controversies of malingering: A re-look. *Asian Journal of Psychiatry*, 50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101952>
- Sherman, E., Slick, D., y Iverson, G. (2020). Multidimensional Malingering Criteria for Neuropsychological Assessment: A 20-Year Update of the Malingered Neuropsychological Dysfunction Criteria. *Oxford University Press*, 00, 1-30.
- Silk-Eglit, Lynch, j., y McCaffrey, r. (2016). Validation of Victoria Symptom Validity Test cutoff scores among mild traumatic brain injury litigants using a known-groups design. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31, 231-245.
- Slick, D., Sherman, E., y Iverson, G. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*. doi: 10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT545, 13(4), 545-561.

- Smith, G. P., Y Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 180-183.
- Social, M. d. (2017). *Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD)*. Bogota.
- Suchy, Y., Chelune, G., Franchow, E. I., y Thorgusen, S. R. (2012). Confronting patients about insufficient effort: the impact on subsequent symptom validity and memory performance. *The Clinical neuropsychologist*, 1296–1311. doi:10.1080/13854046.2012.722230
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering: TOMM*. Multy Health System.
- Torrvalva, T. R. (2009). TorralNECO frontal screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, , 777-786.
- Weschler, D. (2004). *Adaptación al castellano de la escala de memoria de Weschler-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Weschler, D. (2008). *WAIS-IV Administration and Scoring Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Whitney, K., Shepard, P., Williams, A., Davis, J., y Adams, K. (2009). The Medical Symptom Validity Test in the evaluation of Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom soldiers: A preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, 145–152.

ANEXO 1

INFORME EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

INFORMACION PERSONAL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

EDAD:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

LATERALIDAD:

REMITIDO POR:

(Preguntar información personal al sujeto a evaluar y luego confirmar datos con
acompañante y/o documentos personales)

ENTREVISTA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA

Quien remite a evaluación neuropsicológica y cual es el objetivo de la misma.

FUNCIONAMIENTO PREMÓRBIDO:

Área laboral:

Emocional:

Conductual:

Cognitiva:

Actividades fuera de trabajo (ocio):

Satisfacción laboral:

Sueño:

Alimentación:

Conducta sexual:

Ejercicio físico:

FUNCIONAMIENTO ACTUAL:

Área laboral:

Emocional:

Conductual:

Cognitiva:

Actividades fuera de trabajo (ocio):

Satisfacción laboral:

Sueño:

Apetito:

Conducta sexual:

Ejercicio físico:

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Con quien vive, cual es su escolaridad, edad, ocupación de cada uno de los miembros de la familia.

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O NEUROLÓGICAS

Enfermedades de origen neurológico principalmente neurodegenerativas, trastorno psiquiátrico como ansiedad, depresión, trastorno afectivo bipolar, síntomas psicóticos, problemas de autocontrol, consumo de sustancias psicoactivas, problemas legales.

ANTECEDENTES DE SALUD

Tratamiento recibido para las alteraciones actuales:

Tratamiento recibido con anterioridad:

Enfermedades:

Medicamentos:

Cirugías:

Hospitalizaciones:

Exámenes paraclínicos:

Historia de consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas:

OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO

Valorar el esfuerzo por realizar las pruebas, hacer anotaciones en caso de observar agotamiento en la consulta, anotar si el sujeto presenta comportamiento infantil, describir comportamiento fuera de consulta cuando sea posible ver su conducta en la sala de espera o al ingreso de la institución que se trabaja.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

PRUEBAS APLICADAS

Minimental Test (Folstein & Folstein, 1975)

Ejecución continua auditiva y visual (BECK & SARASON, 1956)

Figuras superpuestas Test de Barcelona (Peña-Casanova, 1990)

Escala de Memoria Weschler: memoria de palabras I y II, memoria de Textos I y II, control mental
(Weschler, Adaptación al castellano de la escala de memoria de Weschler-III, 2004)

Denominación de Boston (Kaplan, Goodglass, & Weintraub, 1983)

Wisconsin (Grant & Berg, 1948)

Prueba de Stroop (Golden, 1978)

TMT A y B (Reitan & Wolfson, 1985)

Figura de Rey Osterrieth (Osterrieth, 1944)

WAIS-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV) (Weschler, WAIS-IV Administration and
Scoring Manual, 2008)

Token Test (De Renzi y Vignolo, 1962)

Fluidez semántica y fonológica

INECO (Torralva, 2009)

Test of memory malingering TOMM (Tombaugh, 1996) (Puerta, Arango, Betancur, & Sánchez, 2016)

Victoria Symptom Validity Test (Silk-Eglit, 2016)

Structured Inventory of Malingered (SIMS) (Smith & Burger, 1997)

Inventario Comportamiento Frontal (FBI) (Kertesz, 2000)

Índice de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988)

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996)

Evaluación del estado funcional (FAST) (Reisberg, 1988)

Escala global de deterioro (EGD) (Reisenberg, Ferris, & Franssen, 1985)

Escala de Barthel de AVD y alimentación (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997)

Índice de Kazt (Cruz, 1991)

Escala de Lawton y Brody (Lawton, 1969)

Escala de trastornos de memoria (QF/QP) (Duarte, 2017)

NOTA: Según lo reportado en la entrevista, lo observado en los paraclínicos y el comportamiento en consulta se sugiere flexibilizar el protocolo sugerido de pruebas cognitivas, en caso de sospecha de simulación (según los signos de alarma durante la entrevista y que están reportados en la guía) aplicar pruebas de validez de síntomas y de validez de desempeño

1. ESTADO MENTAL:

Minimental Test

2. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

WAIS IV

3. PROCESOS COGNITIVOS:

Atención:

- Ejecución continua visual y auditiva
- Control mental Escala de Memoria Weschler III

- Dígitos WAIS IV
- Fallas para mantener el principio Wisconsin
- TMT A y B
- Velocidad de procesamiento WAIS IV

Memoria:

- Escala de memoria Weschler III: memoria de palabras I y II, memoria de Textos I y II.
- Memoria de Figura de Rey Osterrieth

Praxias:

- Figura de Rey Osterrieth
- Cubos Wais IV

Gnosias:

- Figuras superpuestas Test de Barcelona

Lenguaje:

- Denominación de Boston
- Token Test
- Fluidez verbal FAS

Funciones Ejecutivas:

- Wisconsin
- Stroop

- INECO

3. PRUEBAS DE VALIDEZ DE DESEMPEÑO:

- Test of memory malingering

4. PRUEBAS VALIDEZ DE SINTOMAS:

- Victoria Symptom Validity Test
- Structured Inventory of Malingered

5. ESCALAS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO

- Inventario Comportamiento Frontal (FBI)
- Índice de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck

6. ESCALAS FUNCIONALES

- Evaluación del estado funcional (FAST)
- Escala global de deterioro (EGD)
- Escala de Barthel de AVD y alimentación
- Índice de Kazt
- Escala de Lawton y Brody
- Escala de trastornos de memoria (QF/QP)

7. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

No se recomienda utilizar el diagnóstico de Simulación por las consecuencias legales y personales que representan para el evaluador, se recomienda hacer énfasis en las inconsistencias encontradas en las pruebas cognitivas, la relación que dichos resultados tienen con la historia clínica del sujeto, el nivel de esfuerzo realizado por el evaluado y los resultados de las pruebas de validez y de desempeño.

8. RECOMENDACIONES

Se debe remitir al sujeto al médico tratante o a quien solicita la evaluación desde el comienzo para revisión de resultados y orientar manejo.

Si existe la sospecha de algún trastorno del estado de ánimo hacer remisión a psiquiatría y psicología

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.

Yo _____, identificado(a) con C.C. número _____ de _____, he sido informado por el neuropsicólogo (a) _____, sobre el interés de realizarme una entrevista y aplicación de pruebas neuropsicológicas y/o de personalidad cuya finalidad es identificar una posible alteración de las funciones cerebrales y las necesidades de tratamiento que resulten pertinentes por efecto de la evaluación.

Se me ha informado en caso de ser necesario, podrán ser utilizadas pruebas de validez de desempeño y/o validez de síntomas.

El neuropsicólogo (a) me ha explicado la naturaleza, el propósito de la entrevista y evaluación y ha explicado el fin de su realización; por lo cual me comprometo a brindar información verídica y concreta.

Durante el proceso a seguir he tenido oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente enunciado y ratifico el consentimiento general que diera al aceptar este tipo de procedimiento.

Medellín, _____ de _____ de _____

Firma del paciente	_____	Nombre del acompañante	_____
Cédula de ciudadanía	_____	Cédula de ciudadanía	_____
		Teléfono de contacto	_____

Firma Dr.	_____
Cédula de ciudadanía	_____
Registro médico	_____