

Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense

G. García-Domingo, L. Negro-López, S. Fernández-Guinea

EVALUATING THE SIMULATION OF MEMORY PROBLEMS WITHIN THE LEGAL AND FORENSIC FIELDS

Summary. The present article is a theoretic review of the techniques used to assess the malingering of memory problems in the forensic and legal context. The necessity of instruments to facilitate the detection of malingerers is confirmed. This phenomenon is more relevant in the memory pathology context because their exaggeration or false performance is very common. The reason of this preference is the ease of the simulation of these very well known symptoms. The consequences, economics primarily, of the confirmation of brain damage sequels have produced that malingerers are well informed about the characteristics of this syndrome. This review is focus on, both tests assessing different components of memory, such as the Wechsler Memory Scale-III and the California Verbal Learning Test, and tests designed specifically to detect malingering. We also differentiate tests assessing explicit and implicit memory. Likewise, future lines of research are proposed in this important legal context. [REV NEUROL 2004; 38: 766-74]

Key words. Forensic neuropsychology. Indemnification. Malingering. Malingering tests. Memory problems. Memory tests.

INTRODUCCIÓN

La Neuropsicología empieza a tener cada vez más peso dentro del ámbito legal y forense. La actuación del perito neuropsicólogo en este campo abarca todas las jurisdicciones, con el objetivo de evaluar los déficit neuropsicológicos de las personas con daño cerebral implicadas en causas judiciales.

Para poder realizar una evaluación válida y fiable en este ámbito, se necesita, en primer lugar, que ésta se lleve a cabo bajo condiciones estandarizadas, y, en segundo lugar, suponer que los pacientes ponen su máximo esfuerzo a la hora de realizarla. Ahora bien, mientras que la primera asunción puede controlarse, así como evaluarse objetivamente, la segunda presenta la dificultad de estar bajo la influencia de la motivación del paciente, la cual se encuentra fuera del control del examinador y sólo se puede evaluar indirectamente. Este hecho hace que, dado que en el ámbito que nos ocupa los sujetos tienen poderosas razones para simular o exagerar los síntomas debido a las posibles compensaciones derivadas de la comprobación de la existencia de un determinado daño cerebral, el evaluador necesita detectar si existe simulación [1,2].

La simulación (V65.2) se recoge en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) [3] como un problema adicional que puede ser objeto de atención clínica. Da la siguiente definición: 'La producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos, como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas'. Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones siguientes:

1. Presentación de un contexto médico-legal.

2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad [3].

Además de estas situaciones, otros autores, como Barraquer (1992) [4], Guilmette y Giuliano (1991), Miller (1992), Muñoz, Gancedo, Cid y Ruano (1997), Nies y Sweet (1994) [5], proponen los siguientes factores:

- Incompatibilidad entre los resultados de las pruebas y el perfil de los síntomas propios de las lesiones neurológicas subyacentes.
- Muy pobre rendimiento en tareas motoras y sensoriales y actuación normal en tareas que valoran capacidades cognitivas específicas, como la memoria.
- Inconsistencia en las respuestas del sujeto, de tal forma que falla en tareas fáciles y contesta bien a preguntas que implican los mismos procesos cognitivos o habilidades.
- El paciente suele encontrarse libre de síntomas cuando sale del hospital; aparecen las quejas después de un cierto intervalo de tiempo y éstas evolucionan de modo progresivo.
- El paciente refiere continuamente su incapacidad para volver a su vida laboral anterior.

Es importante resaltar que la simulación suele consistir más en una exageración de los síntomas existentes que en una completa invención de ellos [6].

Entre los trastornos más frecuentemente simulados o exagerados se encuentran los cognitivos, los conductuales, los problemas sensoriales y las alteraciones en la personalidad [7]. Dentro de los trastornos cognitivos, la simulación de problemas de memoria es la más frecuente, debido a la creencia generalizada de que es muy fácil fingir amnesia. Una de las razones que podrían explicar esta manera de pensar es el hecho de que se cree que es más fácil fingir un déficit comportamental que un síntoma positivo; es decir, el sujeto no tiene que crear alteraciones no existentes, como por ejemplo una alucinación, sino que, simplemente tiene que 'dejar de hacer' algo que ya conoce, como es el hecho de recordar [8].

Recibido: 31.05.03. Aceptado: 20.11.03.

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Sara Fernández Guinea. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. E-28223 Madrid. E-mail: sguinea@psi.ucm.es

© 2004, REVISTA DE NEUROLOGÍA

Tabla. Diferencias existentes entre los problemas de memoria de personas con amnesia y simuladores.

Pacientes amnésicos	Simuladores
Ámbito de memoria, ámbito atencional preservado	Ámbito de memoria, ámbito atencional deteriorado
Memoria a largo plazo: Memoria semántica generalmente intacta Memoria episódica muy alterada Memoria procedimental no afectada	Memoria a largo plazo: un patrón exageradamente alterado
Memoria autobiográfica generalmente preservada	Memoria autobiográfica alterada
Mejor ejecución en tareas de reconocimiento que de recuerdo	Peor ejecución en tareas de reconocimiento que de recuerdo
Memoria implícita preservada	Memoria implícita alterada
Efecto de primacía alterado y de recencia prácticamente intacto	Curva de posición serial normal
En las tareas de reconocimiento no puntúan por debajo del azar	En las tareas de reconocimiento puntúan por debajo del nivel de azar
Bajo condiciones de no distracción obtienen mejores puntuaciones que bajo condiciones de distracción	Obtienen puntuaciones similares bajo condiciones de distracción-no distracción

Existen dos metodologías generales a la hora de investigar este ámbito:

1. La primera consiste en investigaciones de laboratorio, donde se crean escenarios que puedan representar situaciones encontradas en la práctica clínica real. Es decir, los sujetos no son simuladores reales, sino que son sujetos experimentales a los que se les da la instrucción, o bien de que ejecuten las pruebas de acuerdo a como ellos creen que lo haría una persona con daño cerebral, o bien que los sujetos realicen las tareas bajo la perspectiva de una persona que simula síntomas que en realidad no tiene o que presenta de forma más atenuada [9].
2. La segunda metodología no requiere un salto inferencial desde el laboratorio al mundo real, ya que utiliza para sus experimentos a simuladores reales o sujetos con motivación para simular. Aunque esta sería la opción óptima a elegir, claramente, es más difícil de llevar a la práctica por la dificultad de localizar y evaluar a simuladores reales [1].

Evaluación de la simulación de problemas de memoria

De todos los síntomas amnésicos, existen unos determinados que se han estudiado especialmente en relación con la simulación; es, decir, existe un conjunto de déficit y de capacidades preservadas en los amnésicos que desconocen los simuladores, por lo que, al evaluarse, sus resultados serán diferentes a los esperados para un amnésico. Más adelante se especifican estas diferencias de ejecución, las cuales han sido la base sobre la que se han desarrollado los distintos tests que tienen como objetivo la detección de la simulación. En la tabla se presentan las diferencias existentes entre las características de memoria que suelen presentar los amnésicos y los que tratan de simularlas [10-13].

Antes de realizar un diagnóstico de simulación de problemas de memoria, la mayoría de los autores llaman la atención sobre distintos aspectos a tener en cuenta:

- El diagnóstico de simulación debería basarse siempre en los resultados de varias fuentes de información: la presentación de la historia, la evaluación clínica y el análisis cualitativo y cuantitativo de diferentes tests [14, McGuire y Shores (1998), citados en 15,16].
- Antes de diagnosticar simulación, hay que desechar otras posibles explicaciones a la existencia de las puntuaciones obtenidas en los tests: daño cognitivo, efectos de la medicación, factores motivacionales, la existencia de alguna com-

plicación médica, la presencia de algún otro trastorno psiquiátrico previo concomitante, etc. [4, y Franzen e Iverson (1999), citados en 15].

- Hay que llegar a una decisión tras haber tenido en cuenta la consistencia de los resultados de las distintas fuentes [Mittlenberg, Theroux-Fichera, Zielinski y Heilbronner (1995), citados en 15].
- La evaluación forense de las secuelas de memoria después de un daño cerebral ha de prestar especial atención a los siguientes aspectos ante la sospecha de simulación:
- La relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el déficit.
 - La continuidad sintomática, o criterio cronológico. Cuando los síntomas son auténticos, éstos no permanecen estables, sino que se da una evolución del cuadro clínico, con problemas que sólo aparecen en la fase aguda y otros que se evidencian más en la fase subaguda-crónica.
 - La relación entre el tipo e intensidad de las quejas referidas por el paciente y las actividades de la vida diaria que realiza, así como sus exigencias psicofísicas y los ambientes en las que se llevan a cabo.
 - Se debe también comprobar el grado de consistencia interna de la ejecución en las pruebas neuropsicológicas. Podemos sospechar de falta de consistencia interna en las pruebas cuando aparezca alguna anormalidad de este tipo:
 1. Memoria de reconocimiento exageradamente alterada.
 2. Reducido efecto de la posición en las pruebas de evocación libre del material aprendido.
 3. Puntuaciones de atención y concentración muy inferiores a las de memoria general.
 4. Mejor recuerdo de los elementos difíciles que de los fáciles.
 5. Discrepancia entre los resultados de tests que evalúan un mismo dominio neurocognitivo.
 6. Muy bajo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de las personas con lesiones cerebrales graves o moderadas realizan bien.
 7. Rendimiento final por debajo del esperable por azar.
 8. No se pueden duplicar las ejecuciones en la misma prueba en sesiones separadas.
 9. Presencia de respuestas absurdas o ilógicas.

10. Falta de efecto de las claves en las tareas de recuerdo retardado.
11. Un patrón de ejecuciones malo-bueno-malo en evaluaciones neuropsicológicas seriadas [4,7].

Para evaluar simulación se han utilizado dos tipos de tests fundamentalmente, que veremos a continuación.

TESTS GENERALES DE MEMORIA

Son tests que se utilizan frecuentemente en la clínica para evaluar la memoria de los pacientes y también para detectar una posible simulación de los síntomas. Normalmente, tienen un formato abierto. Lo que se suele detectar en tests de este tipo son anomalías cualitativas que no se observan en los sujetos con problemas reales de memoria ni en controles [7].

La mayor ventaja que se encuentra en la utilización de estos tests es la de poder evaluar la posibilidad de simulación dentro de una exploración neuropsicológica general del sujeto, sin necesidad de tiempo extra o materiales adicionales [2].

Dentro de los más investigados, se tienen en cuenta dos fundamentalmente:

Test de aprendizaje verbal de California (Delis, Kramer, Kaplan y Ober, 1987)

Una prueba similar es el test de aprendizaje verbal España-Complutense-TAVEC [17]. Su objetivo es obtener información acerca de varios componentes del aprendizaje verbal y la memoria. Se evalúa cómo el sujeto resuelve una tarea de aprendizaje, qué estrategias usan, qué procesos se emplean y qué tipo de errores se cometen.

Consta de dos listas de palabras, y se realizan distintas tareas de recuerdo inmediato, libre a corto y a largo plazo, con claves semánticas a corto y a largo plazo y de reconocimiento. De todos los índices que se pueden calcular, los que se han utilizado más frecuentemente en las investigaciones con este test para detectar simulación han sido:

- Número de aciertos en la fase de reconocimiento.
- Índice de discriminabilidad: nos permite ver la habilidad del sujeto para distinguir los verdaderos positivos de los falsos positivos; es decir, nos da información de hasta qué punto el paciente ha aprendido a discriminar las palabras de la lista A de cualquier otra palabra. Un número elevado de falsos positivos, nos indicaría que el sujeto no ha aprendido a discriminar.
- Curva de aprendizaje: se evalúa la progresión del aprendizaje, es decir, la cantidad relativa de palabras que el paciente ha repetido en cada uno de los cinco ensayos de aprendizaje de la lista A.
- Comparación del recuerdo libre con el recuerdo con claves semánticas, es decir, si recuerda más con la ayuda de las claves semánticas o no.
- Número de perseveraciones.
- Recuerdo libre a largo plazo.

Los índices más utilizados para las investigaciones son los dos primeros: el número de aciertos en la prueba de reconocimiento y el índice de discriminabilidad. Parece que hay evidencia de que el segundo es más sensible a la hora de detectar simulación, ya que una puntuación baja en este índice puede deberse a distintos estilos de respuesta: una tasa baja de aciertos, una tasa alta de falsos positivos o una combinación de los dos fenóme-

nos; por tanto, parece que manipular este índice debería ser más difícil, ya que requiere el cálculo simultáneo del número de aciertos y de los falsos positivos. Sin embargo, este índice se ve más afectado, a su vez, por el sesgo de respuesta (la tendencia a decir que sí o a decir que no).

Existen numerosas investigaciones que han puesto a prueba y han demostrado la eficacia de algunas de estas variables para detectar simulación. Cicerello, Retzlaff, Vanderploeg y Owens (1995) [14] compararon la ejecución de simuladores experimentales y pacientes con daño cerebral en distintas variables del CVLT. Consistente con que el simulador subestima la ejecución del sujeto con daño cerebral, los simuladores de ésta presentaban una curva de aprendizaje más plana, menos perseveraciones, peor reconocimiento y menor discriminación que los sujetos con daño cerebral.

Trueblood y Schmidt, en 1993 [16], compararon las puntuaciones obtenidas por una pequeña muestra de sujetos identificados como simuladores en pruebas de elección forzada, con una muestra de sujetos no identificados como tales. La media de aciertos en la prueba de reconocimiento de la muestra de simuladores fue significativamente más baja que la de los controles.

Millis, Putnam, Adams y Ricker, en 1995 [16], también propusieron diferentes puntos de corte para varios índices del CVLT, y concluyeron que el índice de discriminabilidad era el mejor, ya que clasificaba correctamente al 93% de los participantes. Sin embargo, Millis et al (1995) [16] recomiendan precaución a la hora de utilizar estos puntos de corte, ya que reconocen las limitaciones de su estudio –como por ejemplo, una muestra pequeña de 23 sujetos–, y llaman la atención sobre el hecho de que distintos autores hayan obtenido puntos de corte diferentes; proponen como posible explicación las características concretas de la muestra empleada en cada estudio, por ejemplo, el nivel educativo. Los resultados de una investigación reciente de Slick et al [16] confirman los puntos de corte propuestos por Millis et al y proponen las mismas sugerencias.

Coleman et al [14] nos llaman la atención sobre dos variables importantes a la hora de sacar conclusiones sobre este tipo de experimentos: la cantidad de información que tienen los sujetos experimentales que actúan como simuladores sobre los verdaderos déficit de memoria que provoca un daño cerebral y el grado de motivación para llevar a cabo esa simulación. Respecto a esta última variable, reconocen que es difícil de manipular de modo experimental, pero que es importante, al menos, tenerla en cuenta. El objetivo de la investigación de Coleman et al [14] fue ver el efecto del entrenamiento de los simuladores sobre las distintas variables del CVLT. Lo que encontraron estos autores, básicamente, fue que algunos de estos índices fueron más ‘resistentes’ al entrenamiento que otros. Esto es, los simuladores entrenados tuvieron éxito en alterar sus patrones de respuesta en las siguientes variables: CVLT total y número de palabras recordadas en la fase de recuerdo libre a largo plazo; sin embargo, ejecutaron igual que los simuladores no informados en otras tres variables estudiadas. Estos descubrimientos son consistentes con la idea de que un entrenamiento de los simuladores experimentales puede alterar el estilo de respuesta del sujeto, de tal forma que variables como el número total de palabras aprendidas y el recuerdo libre a largo plazo son relativamente fáciles de modificar. Sin embargo, otras variables exigen un conocimiento más sofisticado de la memoria humana, por lo que son más resistentes al entrenamiento. Esto sugiere que los índices basados en aspectos complejos de la teoría del

aprendizaje se ven como prometedores a la hora de detectar simulación, incluso con entrenamiento. Respecto a la discusión sobre cuál de los dos índices (número de aciertos en la prueba de reconocimiento y el índice de discriminabilidad) es más efectivo, esta investigación recomienda el uso del primero, ya que ambos son buenos y éste resulta menos afectado por los sesgos de respuesta [14].

Por tanto, podemos concluir que existe suficiente evidencia empírica que hace recomendable la utilización de algunos índices de este test para detectar simulación, aunque se necesita más investigación, que ponga a prueba la resistencia de estos índices a un entrenamiento más exhaustivo de los simuladores.

ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER (WMS)

Dentro de los tests de memoria, éste es uno de los más utilizados, tanto para evaluar daño neuropsicológico como para evaluar una posible simulación. Las versiones más utilizadas en las investigaciones sobre la detección de simulación son el WMS-R y el WMS-III [18]. El WMS fue la primera versión que existió de una prueba para la evaluación general de la memoria. Esta primera versión data de 1945, y, aunque posteriormente se han añadido diferentes índices de evaluación de distintos aspectos en sus posteriores revisiones, se mantienen todavía casi intactas las mismas tareas que en la versión original. Esta prueba contiene siete subtests, dentro de los cuales, los más utilizados para evaluar una posible simulación han sido el test de datos personales e información general, empleado para sustituir o completar a la entrevista autobiográfica, y el test de memoria lógica, al que a veces, opcionalmente, se le han añadido pruebas de reconocimiento de elección forzada [18].

Entre los estudios más importantes que han empleado el WMS-R para evaluar su utilidad como medida de detección de simulación, destaca el realizado por Mittenberg et al [19], en el que desarrollaron un 'índice de simulación', que consiste en la diferencia de puntuación entre los índices de atención/concentración y el de memoria general del WMS-R. Estos autores, considerando como medidas válidas de atención y memoria estos dos índices, partieron de la idea de que es posible que un sujeto tenga alterada la memoria con la atención relativamente intacta, mientras que lo contrario se observa difícilmente. En su experimento, encontraron que los sujetos con instrucción de simular obtenían una puntuación menor en el índice de atención/concentración que en el de memoria general, mientras que los sujetos que presentaban verdadero daño cerebral mostraban el patrón opuesto. Con esto, quisieron demostrar que, cada vez que se encuentre un patrón de respuestas de este tipo en este test –menor puntuación en atención/concentración que en memoria general–, podemos sospechar la existencia de una posible simulación. Recientemente, Iverson et al [13] realizaron una revisión para proporcionar datos clínicos sobre el índice de simulación propuesto por Mittenberg et al [19], con una muestra de sujetos que participaban en un programa de tratamiento de abuso de sustancias tóxicas. En su investigación no pudieron explorar las propiedades psicométricas de este índice, tales como la sensibilidad y el poder predictivo, a pesar de que los autores consideraban que la muestra era válida por su alto riesgo de daño cerebral y su tendencia a la simulación.

Otro subtest, también perteneciente al WMS-R, que se utiliza para la detección de simulación, es el de reconocimiento de memoria. Martín et al [20] encontraron que los simuladores experimentales y pacientes sospechosos de simulación seleccio-

naban, dentro de esta prueba, con más frecuencia, elementos de baja probabilidad que los sujetos pertenecientes a controles normales y que los pacientes con daño cerebral no involucrados en juicios.

Asimismo, también se han utilizado como instrumentos para la detección de simulación los subtests de memoria de figuras y el de reproducción visual I; se ha encontrado una eficacia en su cometido del 74% de discriminación entre sujetos simuladores y sujetos controles, según descubrió Bernard en 1990 y, posteriormente, en nuevas investigaciones [21].

El WMS-R también se ha empleado como parte integrante de otros procedimientos más completos para evaluar una posible simulación. Una de las propuestas de su utilización dentro de esta última posibilidad fue la puesta en práctica del subtest de memoria lógica del WMS-R, con un suplemento de elección forzada desarrollado específicamente para la investigación. Los autores utilizaron una puntuación de corte para la tarea de libre recuerdo que, además de clasificar correctamente a los sujetos con daño cerebral, también discriminaba al 17,5% de los simuladores experimentales. Sin embargo, con una puntuación de corte diferente, encontraron sólo un aumento modesto en falsos positivos, pero con la ventaja de conseguir clasificar correctamente hasta al 60% de los simuladores instruidos [1].

Con la publicación en 1997 del WMS-III, nuevas investigaciones se pusieron en marcha para averiguar si con esta prueba es posible discriminar sujetos con daño cerebral de simuladores. Esta prueba incluye varios subtests que emplean un formato similar a los procedimientos de elección forzada de 'sí-no' de reconocimiento demorado que siguen al subtest de las historias de memoria lógica. A partir de una investigación con estos subtests, Killgore y DellaPietra [2] extrajeron el RMI (del inglés *rarely missed index*). Este índice contiene seis elementos (12, 16, 18, 22, 24, 29) de las historias de memoria lógica cuya probabilidad de acierto excede el nivel de azar por la simple redacción de los elementos; es decir, que sin conocer el contenido de las historias, la probabilidad de contestar correctamente esas cuestiones es superior al 50%. Mediante esta investigación, los autores llegaron a la conclusión de que los sujetos que cometen errores en este índice fingen problemas de memoria y, por lo tanto, sirve para discriminar a más del 98% de los casos de simuladores de los pacientes con una verdadera enfermedad neurológica. Aunque los autores son conscientes de las limitaciones del índice –por el tamaño y representatividad de la muestra y la utilización de simuladores experimentales–, concluyen que el RMI es especialmente útil como método de cribado para alertar al clínico de respuestas estadísticamente atípicas y de la necesidad de evaluar más a fondo la posibilidad de que el evaluado pudiera simular.

PRUEBAS DISEÑADAS ESPECÍFICAMENTE PARA DETECTAR SIMULACIÓN

Se llaman también 'tests de motivación', con el objetivo de matizar que la mala ejecución puede deberse a un intento de ganancia material, pero también a otros factores como depresión, necesidad emocional de atención sanitaria, etc. [7]. De forma general, se puede afirmar que todas estas pruebas tienen una buena especificidad, es decir, no ofrecen falsos positivos; sin embargo, su sensibilidad no es suficiente o, lo que es lo mismo, existen falsos negativos. Hay consenso en comenzar la evaluación con estos tests de motivación cuando existe sospecha de

simulación, ya que su utilidad es mayor cuando se aplican al principio [4]. Dentro de este tipo de tests hay varios subtipos:

Test con efecto suelo

Son tests en los que los simuladores ejecutan peor que los sujetos con daño cerebral grave. Son útiles al principio de la evaluación, para un cribado rápido. Se ha visto que son menos sensibles si se administran después de otros tests de memoria, porque, entonces, la simplicidad es más obvia.

Entrevista autobiográfica (Wiggins y Brandt, 1988)

Son 12 preguntas muy fáciles sobre la historia personal del sujeto y sucesos recientes de su vida diaria (el nombre, la edad, la fecha de nacimiento, ¿qué has desayunado esta mañana?, etc.). Su objetivo es, específicamente, distinguir los sujetos instruidos para simular amnesia de los verdaderos amnésicos. Iverson y Franzen, en 1996, modificaron esta entrevista con un resultado final de 17 elementos. La supuesta eficacia de esta entrevista puede entenderse gracias a la conclusión de Rubinsky y Brandt (1986) [citados en 1], de que no se han encontrado casos en los que un paciente con un síndrome de amnesia pura de etiología orgánica perdiera su identidad personal y, por lo tanto, no pudiera contestar correctamente a estas preguntas.

En una investigación de Wiggins y Brandt en 1988 [citados en 8] se demostró que los sujetos entrenados para simular contestaban incorrectamente a las preguntas de esta entrevista más frecuentemente que los sujetos normales y los sujetos con amnesia orgánica de diversas etiologías.

Sin embargo, la pobre ejecución de los simuladores en esta prueba es similar a la que realizan los sujetos con amnesia psicógena, por lo que esta prueba no sería muy buena para discriminar entre estos dos grupos de sujetos [22].

Test de los 15 ítems de Rey

Consiste en que el sujeto vea 15 elementos durante 10 segundos, en los que tiene que tratar de memorizarlos. Aunque al sujeto se le indica que es un test muy difícil, en realidad es sencillo, ya que los ítems se ordenan en cinco series fáciles y lógicas de recordar. Lo que se espera entonces es que los simuladores reproduzcan pocos elementos ante la supuesta dificultad de la tarea. Sin embargo, hay consenso en que este test sólo detecta a una minoría de simuladores poco sofisticados, y que tiene una sensibilidad limitada [2,7,15,23].

Test de memoria de los 16 ítems

Es una revisión del test de Rey que elimina las figuras geométricas y añade un ítem nuevo. Se postula que este test es más simple y más sensible a la simulación que el original de Rey. En una investigación llevada a cabo por Paul et al en 1992 [citado en 23], se pone de relieve la eficacia de este test a la hora de detectar simulación, ya que se demostró que los pacientes instruidos para simular daño cerebral lo realizaban peor que los sujetos con verdadero daño cerebral.

Test de cuenta de puntos (dot counting test)

El test consiste en unas tarjetas que contienen una serie de puntos que el paciente debe contar. El número de puntos varía en cada tarjeta, así como su distribución. Este test posee dos características esenciales a la hora de detectar a los pacientes con baja motivación en su realización: la primera es que los pacientes no saben cuál suele ser el tiempo de respuesta de los suje-

tos con daño cerebral; así, es fácil que puedan caer en puntuaciones por debajo de lo esperado. En segundo lugar, los sujetos simuladores puede que no tengan un tiempo de respuesta que se adecue a la dificultad de la tarea —número de puntos a contar— cuando las tarjetas se presentan en orden disperso [24].

Técnicas de validación de síntomas y elección forzada

El modelo de elección forzada es la metodología más popular en investigaciones sobre la simulación. Son tests basados en la distribución binomial, de tal forma que se fuerza al sujeto a elegir entre dos o más alternativas. Se calcula cuál es la puntuación que se obtendría por azar. De esta forma, se supone que si un sujeto puntúa por debajo, hay una alta probabilidad de que esté simulando o exagerando [25]. En estos tests se le da realimentación al sujeto después de cada respuesta informándole sobre su actuación, con el objetivo de que el posible simulador modifique sus respuestas de acuerdo con el grado de acierto que él estima que se espera de una persona con daño cerebral. En sus formas más simples, estas técnicas son sensibles a las exageraciones llamativas, pero no a las más sutiles. La forma estándar de aplicación de estas pruebas consiste en exponer al paciente a un estímulo que después debe recordar. Este estímulo se acompaña de uno o más distractores en la fase de elección forzada. El sujeto debe elegir el estímulo que cree que se ha presentado previamente.

No fue hasta 1975 cuando Pankratz utilizó esta técnica para la evaluación de demandas de algún déficit sensorial, y posteriormente para los problemas de memoria, con un procedimiento que consistía en dos luces, una roja y otra blanca, que el sujeto veía durante 2 segundos. Seguidamente, el sujeto se exponía a una tarea de distracción, tras la que debía recordar cuál de las dos luces se había encendido anteriormente. En el caso de no poder recordarla, se le pedía que tomara una decisión. Se espera un 50% de éxito para pacientes que declaran no percibir o recordar nada; pero, el sujeto que simula se encuentra ante un dilema cuando se confronta con repetidas pruebas de este tipo, ya que, si intenta dar la impresión de una incapacidad, corre el riesgo de fallar demasiado, puesto que los pacientes que mienten 'suponen' equivocadamente que el porcentaje de aciertos debe caer muy por debajo de la probabilidad de azar. Puntuar por debajo de lo normal puede explicarse de muy diferentes formas, pero puntuar por debajo de la probabilidad de azar es una fuerte evidencia de simulación, ya que los sujetos que aparentan una incapacidad tienen la sensación interna de que al contestar correctamente la mitad de las veces, aciertan en demasía.

Además de la puntuación, el clínico debe observar las respuestas del paciente durante la evaluación. Esto proporciona información que corrobora si el paciente miente; si el paciente presenta una incapacidad real, no mostrará ansiedad a la hora de realizar la prueba. Por otra parte, los sujetos que intentan exagerar o simular una incapacidad tienen una considerable ansiedad, que puede aparecer en algún momento de la evaluación; por ejemplo, hablan excesivamente o discuten sobre el diseño del test. Además de la resistencia, otra respuesta también común en este tipo de sujetos es violar las reglas del test; por ejemplo, no se fijan en las señales o responden siempre con la misma respuesta. Otro truco utilizado por los pacientes simuladores es contestar correctamente, pero explicar dicho acierto con otras razones; los pacientes proporcionan una explicación o pseudo-explicación sobre cómo responden bien a pesar de su déficit; por ejemplo, contestan que no lo percibían, pero podían oír el interruptor o incluso sentir el calor de la bombilla [24].

Otro estudio posterior que corrobora la utilidad de este procedimiento fue el de Brandt, Ubinsky y Lassen en 1985 [citado en 8], en el que adaptaron el procedimiento de Pankratz para un paradigma de memoria verbal. La prueba consistía en leer a una muestra compuesta por amnésicos orgánicos, sujetos instruidos para simular y controles, una lista de 20 palabras con una tarea de recuerdo libre y seguidamente se les aplicaba una prueba de reconocimiento de elección forzada de dos alternativas. En esta prueba se les presentaba la palabra estímulo y una palabra distractora, y debían reconocer la presentada en la primera lista. Todos los controles tuvieron una realización por encima de la probabilidad de azar, seis de los sujetos amnésicos obtuvieron puntuaciones cercanas a las que se hubieran alcanzado por azar, mientras que el resto de ellos también superaron dicha probabilidad. Sin embargo, del grupo de los simuladores, un alto porcentaje puntuó por debajo del azar.

En una réplica de este estudio llevada a cabo por Wiggins y Brandt en 1988 con una muestra de estudiantes instruidos para simular, bien una amnesia por traumatismo, bien por traumatismo emocional, o bien con etiología inespecífica, encontraron que, comparados con una muestra de sujetos con trastornos mentales de base neurológica y con sujetos controles, en la tarea de libre recuerdo los simuladores tuvieron una mejor realización que los amnésicos y peor que los sujetos normales, mientras que entre los tres subgrupos de simulación según la etiología asignada, no se encontraron diferencias significativas. Por otra parte, en la tarea de reconocimiento de elección forzada de dos alternativas, los simuladores puntuaron menos que los amnésicos y los controles. Los autores llegaron a la conclusión de que, aparentemente, los simuladores creen que la memoria de reconocimiento en amnésicos es mucho más pobre de lo que realmente es.

Pankratz, en 1988 demostró que si los simuladores tenían una realización, no por debajo, sino justo alrededor del nivel de azar, podían discriminarse por la presentación de un modelo de respuesta inconsistente con los déficit aducidos [1,15].

Algunas de las técnicas de elección forzada más utilizadas son las siguientes se recogen a continuación.

Test de memoria de dígitos (HFCP, Hiscock y Hiscock, 1989)

En este test, se le presenta al sujeto un número de cinco dígitos y, después de un intervalo corto de tiempo, tiene que elegir cuál fue el previamente presentado entre dos números dados. La tarea se hace paulatinamente más difícil por una serie de factores: el incremento del intervalo de tiempo entre la presentación del estímulo y la tarea de elección, el aumento de la similitud entre el estímulo objetivo y los distractores y por la inclusión de una tarea distractora en el intervalo entre estímulos [26]. Los sujetos con daño cerebral generalmente puntúan por encima del 90%, mientras que los simuladores, aunque pocas veces puntúan por debajo del nivel del azar, normalmente lo hacen por debajo de los pacientes y de los no simuladores. Este procedimiento tiene dos inconvenientes:

1. El nivel de azar (50%) es obvio, incluso para sujetos no sofisticados.
2. El test requiere mucho tiempo, debido a los intervalos entre estímulos.

Una modificación de este test es el test de reconocimiento de dígitos de Portland, en el que los estímulos se presentan por vía auditiva. Aunque es bastante efectivo en la discriminación de

déficit simulados, su aplicación, al ser de una duración media de 45 minutos, consume un valioso tiempo de evaluación, por lo que se fatiga al sujeto [2,15,27].

Test de 21 ítems (Iverson et al, 1991)

El test presenta dos listas de 21 ítems cada una que contienen siete palabras que riman, siete palabras similares semánticamente y siete palabras no relacionadas. Al sujeto se le presenta una de las listas y se le pide que recuerde todas las que pueda. Luego se le presentan pares de palabras, una perteneciente a la lista presentada y la otra de la segunda lista, y tiene que elegir la correcta [15]. Varias investigaciones posteriores [28,29] avalan la validez de este test como una medida prometedora de detección de simulación tras utilizar muestras con distintas características.

Test de la moneda en el puño (coin-in-the-hand, Kapur, 1994)

Este test consiste en que el sujeto debe acertar en qué mano escondió el experimentador la moneda, después de observarla durante unos segundos en 10 ensayos. La premisa fundamental es que los simuladores subestimarán, una vez más, la ejecución de los individuos con lesiones cerebrales, de tal forma que obtendrán puntuaciones por debajo del nivel de azar [22].

La eficacia de esta prueba se ha probado en numerosos estudios. Hanley et al [12] estudiaron las diferencias entre tres grupos de sujetos (20 amnésicos de diferentes etiologías orgánicas, 20 controles y 20 sujetos simuladores experimentales no entrenados) en varias pruebas para detectar simulación; una de ellas era el test de la moneda en el puño. Encontraron que la media de ejecución de los simuladores fue significativamente menor que la del grupo de amnésicos. Los autores de esta investigación concluyen que llega a ser redundante plantearse si merece la pena o no emplear una batería de test para detectar simulación. Sin embargo, también proponen que se debería comprobar si los resultados serían los mismos si se tuvieran en cuenta las siguientes variables: una muestra más grande de simuladores, instrucciones que enfatizen simular amnesia de una forma creíble, utilización de incentivos económicos y sujetos entrenados en las características de la amnesia. Concluyen estos autores que sus resultados les permiten afirmar que, si un sujeto obtiene puntuaciones significativamente bajas en esta prueba, existen muchas más posibilidades de que sea un simulador que de que sea un sujeto con amnesia genuina [12].

Conclusiones similares obtuvieron Cochrane et al en 1998 [22], al comparar también la ejecución en esta prueba de amnésicos, controles y simuladores experimentales. Encontraron que la combinación de este test con la técnica de la entrevista autobiográfica da un resultado de un 95% de éxito en la detección de la simulación.

Tests de memoria implícita/priming

Todos los tests comentados hasta ahora evalúan la memoria explícita, ya que al sujeto se le informa de que el material que se le presenta tiene que tratar de recordarlo para una tarea posterior. Sin embargo, otro grupo de tests ampliamente utilizado en la detección de la simulación es el de los que evalúan la memoria implícita. En este caso, al sujeto no se le informa de que tiene que memorizar el material que se le presenta. Se ha demostrado que los amnésicos genuinos tienen puntuaciones normales en este tipo de test, incluso iguales a las de los sujetos normales, mientras que los simuladores obtenían puntuaciones claramente inferiores.

Wiggins y Brandt, en 1988, realizaron una investigación bajo dos supuestos fundamentales:

1. El simulador experimental ejecutará peor estos tests, debido al desconocimiento generalizado que existe respecto al hecho de que el sujeto amnésico mantiene conservada su memoria implícita.
2. Los sujetos amnésicos crónicos orgánicos de distintas etiologías muestran un efecto de recencia relativamente normal, pero un efecto de primacía muy atenuado [Baddeley y Warrington, 1970; Milner, 1978; citados en 8].

Esto nos puede también ayudar a diferenciarlos de los simuladores, quienes, al desconocer este dato, obtendrían una curva de posición serial normal, es decir, mostrarán un efecto de primacía y de recencia. Sin embargo, tras su experimento, estos autores concluyen que los sujetos normales que simulan amnesia no son conscientes, aparentemente, del fenómeno de la posición serial en las pruebas de recuerdo libre, por lo que fallan en su objetivo de realizar la prueba como si fueran amnésicos. Sin embargo, destacan que los tests de completar raíces de palabras y de asociación de palabras, test típicamente de memoria implícita, no parecen ser tan útiles para detectar la amnesia simulada como se pensaba. En contra de lo esperado, los simuladores obtuvieron el mismo *priming* que el resto de los sujetos. Los autores tratan de explicar este resultado bajo dos perspectivas:

1. Puede que el *priming* quede fuera del dominio de lo que la mayoría de la gente considera que es la memoria, por lo que los simuladores no se plantean el fingir en este ámbito.
2. Puede que el *priming* sea un proceso de memoria relativamente automático e inconsciente y no pueda manipularse de forma deliberada [8].

Horton, Smith, Barghout y Connolly, en 1992 [citado en 12], realizaron una investigación similar a la de Wiggins y Brandt, pero introdujeron en la tarea de completar raíces de palabras una diferencia: se informó a los sujetos de que la mitad de las raíces podían completarse con las palabras de la lista que habían visto previamente. Encontraron que los simuladores obtenían menos puntuación en la tarea de completar raíces de palabras, lo que era consistente con la creencia de que manipulaban conscientemente las respuestas correctas. Este test detectó correctamente al 100% de los simuladores experimentales.

Hanley et al [12] realizaron una investigación en la que se compararon distintos tipos de técnicas para detectar simulación con tres grupos experimentales, 20 amnésicos, 20 controles y 20 simuladores no entrenados. Una de las técnicas que estudiaron fue la tarea de completar fragmentos de palabras. Consiste en la presentación a los sujetos de una lista de 16 palabras. Se les pide que estudien los elementos, pero no se les informa de la naturaleza de la siguiente prueba de memoria. Después, se les presenta una lista con 32 fragmentos de palabras. Se les dice que la mitad de la lista puede completarse con las 16 palabras previamente presentadas. Por último, se les hace una prueba de recuerdo libre de la primera lista presentada. Lo que encuentran estos autores es que ninguno de los simuladores completó tantos fragmentos como el que menos de los controles. Esto fue congruente con los datos de Horton. Sin embargo, la ejecución de los amnésicos fue muy sorprendente. Aunque mostraron efecto de *priming*, éste fue significativamente menor que el de los controles, ya que encontraron la tarea muy difícil y comple-

taron menos fragmentos que dichos sujetos. Estos resultados fueron contradictorios con las hipótesis originales, ya que la ejecución de los simuladores y los amnésicos fue muy similar. Los autores proponen como explicación que es posible que pacientes amnésicos con un nivel intelectual superior a los de su estudio habrían alcanzado mejores resultados que los simuladores y hubieran obtenido niveles de *priming* equivalentes a los de los sujetos control –el CI medio de la muestra de simuladores era de un 85,8–. Sin embargo, aunque así fuera, estos resultados muestran claramente que al menos algunos pacientes con problemas de memoria después de un daño cerebral no tienen *priming* normal en tareas de este tipo. Otra explicación a este fenómeno que ofrecen los autores es el efecto que tiene la instrucción de resaltar la relación existente entre la lista previa y la que después tienen que completar. Esto permite a la memoria explícita ejercer una influencia mayor en este tipo de test [Roediger, Weldon, Stadler y Riegler, 1992; citado en 12]. Por tanto, concluyeron que el test para completar fragmentos de palabras no es una prueba genuina de memoria implícita.

Recientemente, se construyen pruebas específicas para evaluar la memoria implícita que siguen una dinámica parecida a la presentada previamente, basada, fundamentalmente, en completar raíces de palabras. Algunos de estos tests son el WCMT (del inglés *word completion memory test*) y el *word memory test*. Investigaciones actuales con el WCMT prueban que es un test muy útil para detectar simulación, incluso con simuladores informados. Actualmente se estudia la eficacia de estos tests.

CONCLUSIONES

Uno de los problemas más importantes con los que se encuentran los investigadores de la materia es elegir las muestras para su estudio, que, por lo general, suelen ser bastante pequeñas. Normalmente, el objetivo de las investigaciones requiere la comparación de la ejecución en distintas pruebas de sujetos con amnesia y simuladores. Existen diferentes opciones a la hora de elegir a los sujetos que formarán el grupo experimental. La más utilizada es elegir sujetos normales a los que se les pide que finjan que tienen un trastorno de memoria. Esto supone un salto inferencial, al considerar que el comportamiento de estas personas es comparable al que tendrían sujetos que fingieran realmente los síntomas. Esta equiparación es objeto de discusión, debido a que las motivaciones son claramente diferentes para ambos grupos. Otro problema habitual con este tipo de simuladores experimentales es que la instrucción básica que se les da es que simulen que tienen un daño cerebral que les provocaría problemas de memoria. Por un lado, creemos que es una instrucción muy general, ya que existe un amplio espectro de síntomas amnésicos diferentes según el tipo de daño cerebral; pero, lo que nos parece más importante, es que la mayoría de las investigaciones no les ofrecen un entrenamiento sobre la relación que existe entre el daño cerebral y los problemas de memoria. Esto es así porque se trabaja bajo la premisa de que los simuladores reales no se informan sobre este tema y tienen un conocimiento inexistente o limitado sobre los efectos sobre la memoria del daño cerebral, equivalente al del resto de la población. Sin embargo, parece cada vez más factible que las personas implicadas en problemas legales, de los que se podrían derivar importantes ganancias financieras o de otro tipo, se informarán y tratarán de ajustar su conducta y su comportamiento en la evaluación al de un

verdadero amnésico. Algunas investigaciones han demostrado que el hecho de incluir un entrenamiento específico sobre los síntomas a simular, aunque éste sea básico [14], o utilizar como sujetos experimentales a familiares de personas con un daño cerebral que, se supone, tienen un conocimiento más amplio sobre los síntomas a simular [27], tiene un efecto directo sobre la capacidad de los tests estudiados para detectar la simulación. De aquí concluimos la necesidad de seguir investigando este factor tan importante y comprobar si los tests pueden ser 'resistentes' al entrenamiento de los sujetos experimentales. Una segunda opción sería la utilización de simuladores reales en estas investigaciones, lo cual no deja de ser una utopía, ya que los pocos estudios encontrados que utilizan sujetos sospechosos de ser simuladores, nunca podrán llegar a conclusiones con un 100% de fiabilidad, dado que el único criterio externo que nos garantiza la detección de la simulación es la confesión de la misma, cosa poco probable.

Respecto a las muestras utilizadas como grupo control, consideramos que es importante especificar los tipos de problemas de memoria que tienen los sujetos. De los autores que se han encontrado que dan alguna información, sólo se basan en la etiología orgánica de la amnesia, pero no especifican cuáles son los problemas de memoria concretos ni qué componentes están afectados, ni la gravedad de la afectación.

Muchas investigaciones basan sus resultados en un análisis cuantitativo de los datos, y proponen distintos puntos de corte que ayuden a diferenciar al simulador del amnésico genuino. A pesar de que entendemos que este tipo de análisis es muy útil para realizar un diagnóstico rápido, existen evidencias de que el estudio cualitativo de los errores cometidos por los sujetos en los tests proporcionaría una información más completa para determinar la posibilidad de simulación. Este análisis es muy útil para las respuestas tipo Ganser o respuestas aproximadas que suelen dar los simuladores y que aparecen a veces como errores sin sentido [8,10,24].

IMPLICACIONES CLÍNICAS Y LEGALES

Una característica del ámbito forense es la falta de tiempo del perito a la hora de realizar las evaluaciones. Este hecho hace que algunos investigadores se planteen el beneficio de utilizar tests muy sencillos y rápidos en su aplicación, tales como el de la moneda en el puño o el índice RMI del WMS-III. A pesar de

que pueda parecer que son tests excesivamente sencillos, en las investigaciones en las que se han comparado con medidas más complejas se ha encontrado que sólo con la utilización de estos tests es suficiente, y resulta reiterativa la información que se obtiene con test de mayor dificultad. De todas formas, debemos insistir en que estas investigaciones no entrenan a los simuladores experimentales, y se considera que estos resultados variarían a favor de las pruebas más complejas y completas en el caso de hacerlo. Aun así, pensamos que la aplicación de estos tests puede ser muy útil, pero sólo como un método de cribado para alertar al psicólogo de una posible simulación.

Por otra parte, otra consecuencia de la limitación de tiempo del perito es el beneficio de utilizar tests generales de memoria que se aplican de forma rutinaria en las evaluaciones neuropsicológicas y ahorran tiempo y materiales adicionales, en vez de tests específicos para evaluar la simulación, dado que ambos procedimientos se han demostrado como relativamente fiables.

Una de las consideraciones más importantes que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar la simulación es que las puntuaciones bajas en un test no son claramente concluyentes de simulación, sino que hay que tener en cuenta los diferentes aspectos que pueden influir en la realización de las pruebas, tales como problemas psiquiátricos, trastornos de personalidad o la simple falta de motivación. Aunque estas posibles causas secundarias de pobre realización las tienen teóricamente en cuenta los autores, en la práctica no aparecen como variables controladas.

El diagnóstico de simulación, desde nuestro punto de vista, no puede alcanzarse únicamente teniendo en cuenta la puntuación del sujeto en un test, sino que requiere de una evaluación más pormenorizada, que incluya tests específicos de simulación, pruebas generales de memoria, observación clínica, historial médico, etc. Esto permitirá un conocimiento más exhaustivo del sujeto en particular y, por tanto, una mayor fiabilidad en el diagnóstico. Aun sabiendo que en la práctica esto es difícil de llevar a cabo en su totalidad, creemos que, al menos, se debería tratar de recoger toda la información posible antes de realizar un diagnóstico de estas características.

Podemos afirmar, por tanto, que la falta de una prueba o conjunto de pruebas efectivas al 100% para la detección de la simulación tiene como consecuencia la necesidad de más investigaciones, en las que se tomen en cuenta todas las variables anteriormente resaltadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Iverson GL, Franzen MD. Using multiple objective memory procedures to detect simulated malingering. *J Clin Exp Neuropsychol* 1996; 18: 38-51.
- Killgore WDS, Dellapietra L. Using the WMS-III to detect malingering: empirical validation of the rarely missed index (RMI). *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22: 761-71.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- Muñoz-Céspedes JM, Paúl-Lapedriza N. La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. URL: <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/01Cespedes.html>. Fecha última consulta: 10.08.2003.
- Fernández-Guinea S, Lorente-Rodríguez E. Daño cerebral y ley: la aplicación de la neuropsicología a cuestiones judiciales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2001; 1: 67-85.
- Grossman L. Head injuries, malingering and neuropsychological testing. 1996. URL: <http://www.fhipa.com/noframes/lpa-head.html>. Fecha última consulta: 10.08.2003.
- Ferrero-Arias J. Evaluación del deterioro cognitivo y simulación. URL: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-1-3.html>. Fecha última consulta: 10.08.2003.
- Brandt J. Malingered amnesia. In Rogers R, ed. *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: The Guildford Press; 1988.
- Bernard LC. Prospects of faking believable memory deficits on neuropsychological tests and the use of incentives in simulation research. *J Clin Exp Neuropsychol* 1990; 12: 715-28.
- Suhr J, Tranel D, Wefel J, Barrash J. Memory performance after head injury: contributions of malingering, litigation status, psychological factors and medication use. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997; 19: 500-14.
- Baddeley A. *Memoria humana. Teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill; 1999.
- Hanley JR, Baker GA, Ledson S. Detecting the faking of amnesia: a comparison of the effectiveness of three different techniques for distinguishing simulators from patients with Amnesia. *J Clin Exp Neuropsychol* 1999; 21: 59-69.
- Iverson GL, Slick DJ, Franzen MD. Evaluation of a WMS-R malingering index in a non-litigating clinical sample. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22: 191-7.

14. Coleman RD, Rapport LJ, Millis SR, Ricker JH, Farchione TJ. Effects of coaching on detection of malingering on the CVLT. *J Clin Exp Neuropsychol* 1998; 20: 201-10.
15. Malingering: Part I. Psychological assessment. URL: <http://www.angelfire.com/me/melsuelvetouch/malingering/html>. Fecha última consulta: 10.08.2003.
16. Slick DJ, Iverson GL, Green P. CVLT indicators of suboptimal performance in a sample of head-injury litigants. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22: 569-79.
17. Benedet MJ, Alejandre MA. TAVEC. Test de aprendizaje verbal España-Complutense. Madrid: TEA; 1998.
18. Wechsler D. Wechsler memory scale. New York: The Psychological Corporation; 1948.
19. Mittenberg W, Azrin R, Millsaps C, Heilbronner R. Identification of malingered head injury on the WMS-revised. *Psychol Assess* 1993; 5: 34-40.
20. Martín RC, Franzen MD, Orey S. Magnitude of error as a strategy to detect feigned memory impairment. *Clin Neuropsychol* 1998; 12: 84-91.
21. Bernard LC, Houston W, Natoli L. Malingering on neuropsychological memory test: potential objective indicators. *J Clin Psychol* 1993; 49: 45-53.
22. Cochrane HJ, Baker GA, Hendell PR. Simulating a memory impairment: can amnesic implicitly outperform simulators? *Br J Clin Psychol* 1998; 37: 31-48.
23. Bernard LC. The detection of faked deficits on the Rey auditory verbal learning test: the effect of serial position. *Arch Clin Neuropsychol* 1991; 6: 81-8.
24. Pankratz L. Malingering on intellectual and neuropsychological measures. In Rogers R, ed. *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: The Guildford Press; 1988.
25. Sebastián MV. Aprendizaje y memoria a lo largo de la historia. Madrid: Visor-Distribuciones; 1994.
26. Hiscock M, Hiscock CK. Refining the force-choice method for the detection of malingering. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989; 11: 967-74.
27. Schagen S, Schmand B, De Sterke S, Lindeboom J. Amsterdam Short-Term Memory Test: a new procedure for the detection of feigned memory deficit. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997; 19: 43-51.
28. Iverson GL, Franzen MD, McCracken LM. Evaluation of an objective assessment technique for the detection of malingered memory deficits. *Law Hum Behav* 1991; 15: 667-76.
29. Iverson GL, Franzen MD, McCracken LM. Application of a force-choice memory procedure designed to detect experimental malingering. *Arch Clin Neuropsychol* 1994; 9: 437-50.

EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN DE PROBLEMAS DE MEMORIA DENTRO DEL ÁMBITO LEGAL Y FORENSE

Resumen. Objetivo. *Este artículo es una revisión teórica de las técnicas existentes para evaluar la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. Desarrollo. Se ha constatado la necesidad de dotar al neuropsicólogo forense de instrumentos que le faciliten la detección de posibles simuladores. En especial, este fenómeno cobra mayor importancia en el ámbito de la patología de la memoria, al ser éste un campo frecuentemente elegido para la exageración o la producción falsa de sintomatología psicopatológica. El motivo de esta preferencia se encuentra en la mayor facilidad que existe para simular síntomas característicos del síndrome mnésico que son bien conocidos popularmente. Las consecuencias, principalmente económicas, de la comprobación de la existencia de un daño cerebral y sus secuelas, han provocado que cada vez los simuladores se informen más y mejor de las características de los síndromes objeto de su simulación. Conclusiones. Esta revisión se centrará tanto en pruebas generales de valoración de los diferentes componentes de la memoria, como la escala de memoria de Wechsler-III o el test de aprendizaje verbal de California, como en los tests diseñados específicamente para detectar la posible simulación, y diferenciar los que miden memoria explícita de los que valoran memoria implícita. Asimismo, se señalan posibles pautas para investigaciones futuras sobre un tema que cobra cada vez más importancia en el ámbito legal. [REV NEUROL 2004; 38: 766-74]*

Palabras clave. *Indemnización. Neuropsicología forense. Problemas de memoria. Simulación. Test de memoria. Test de simulación.*

AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO DE PROBLEMAS DE MEMÓRIA DENTRO DO ÂMBITO LEGAL E FORENSE

Resumo. Objetivo. *Este artigo versará sobre uma revisão teórica das técnicas existentes para avaliar a simulação de problemas de memória dentro do âmbito legal e forense. Desenvolvimento. Constatou-se a necessidade de dotar o neuropsicólogo forense de instrumentos que tornem mais fácil a detecção de possíveis simuladores. Em especial, este fenómeno reveste-se de maior importância no âmbito da patologia da memória, ao ser este um campo frequentemente escolhido para o exagero ou a produção falsa de sintomatologia psicopatológica. O motivo desta preferência encontra-se na maior facilidade que existe para simular sintomas característicos do síndrome mnésico que se conhecem bem popularmente. As consequências, principalmente económicas, da comprovação da existência de uma lesão cerebral e suas sequelas, levaram com que os simuladores se informassem cada vez mais e melhor das características das síndromas, objecto da sua simulação. Conclusões. Esta revisão centrar-se-á tanto em provas gerais de avaliação dos diferentes componentes da memória, como na escala de memória de Wechsler-III e o teste de aprendizagem verbal da Califórnia, como nos testes desenhados especificamente para detectar a possível simulação, e diferenciar os que medem memória explícita dos que avaliam a memória implícita. Desta forma, assinalam possíveis protocolos para investigações futuras sobre um tema que tem cada vez mais importância no âmbito legal. [REV NEUROL 2004; 38: 766-74]*

Palavras chave. *Indemnização. Neuropsicologia forense. Problemas de memória. Simulação. Teste de memória. Teste de simulação.*