

La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico

J.M. Muñoz-Céspedes^{a,b}, N. Paúl-Lapedriza^b

THE DETECTION OF POSSIBLE CASES OF SIMULATION AFTER A TRAUMATIC BRAIN INJURY

Summary. Objective. To show the degree of detection of simulation, defined as the conscious, intentional production of false or exaggerated physical and psychological symptoms, motivated by external rewards such as payments by insurance companies and compensations. Development. In forensic circles, a major problem is under consideration, namely recognition of the existence and nature of cognitive alterations after mild head injury (HI), since it is estimated that in 5-10% of the cases of mild HI there may be simulation of cognitive and emotional deficit, with further difficulty of differential diagnosis between simulation and the post-concussion syndrome. Conclusions. The forensic assessment of cognitive alterations following HI should include a clinical interview and neuropsychological evaluation. The former helps to determine the causal relationship between the traumatic accident and the resulting damage, continuance of symptoms and the existence or not of a premorbid pathological state. Although there is still not completely reliable, valid marker which permits one to be completely certain that the person is a simulator, neuropsychological evaluation permits suspicion of it in three aspects: 1. General indicators showing lack of internal consistence in the results of the person evaluated. 2. Specific tests to detect possible cases of simulation. 3. Profiles of responses which characterize possible simulators and neuropsychological evaluation tests. [REV NEUROL 2001; 32: 773-8]
Key words. Forensic assessment. Head injury. Neuropsychology. Simulation.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han incrementado en la práctica neuropsicológica las peticiones de peritación de las secuelas tras los traumatismos craneoencefálicos (TCE), solicitando que se determine la presencia o ausencia de deterioro o daño cerebral en pacientes con quejas de déficit cognitivos o emocionales.

Como ya se ha señalado en otro trabajo [1], el testimonio del neuropsicólogo como experto suele requerirse en el ámbito del derecho laboral, civil y penal, en diversos tipos de demandas:

- La mayoría de las intervenciones se concretan en la estimación de la naturaleza, gravedad y cronicidad de las secuelas con el objeto de valorar bien la cuantía de una indemnización (p. ej., tras un accidente de tráfico), bien la obtención de una pensión de invalidez.
- Otro tipo de consultas gira en torno a la determinación de la competencia civil; es decir, se trata de ayudar a determinar si la persona tiene o no sus facultades mentales conservadas y es capaz de tomar decisiones y manejar sus propios asuntos y negocios (p. ej., tras el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer).
- En otros casos, mucho menos frecuentes, lo que se pretende es conocer si la existencia de una disfunción cerebral afectó al acusado en el momento de la transgresión legal para diferenciar lo correcto de lo incorrecto y para comprender las conse-

cuencias de su supuesto delito. De forma más detallada, otros trabajos [2,3] han resumido la tipología de demandas más frecuentes en el ámbito de la valoración médico-legal del daño cerebral sobrevenido, tal y como se presenta en la tabla I.

LA SIMULACIÓN DESPUÉS DE DAÑO CEREBRAL TRAUMÁTICO

Desde una perspectiva psicopatológica, y de acuerdo con los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association publicados en el *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), la simulación se entiende como la producción intencionada de síntomas físicos y psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. 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, etc.) a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza de forma consciente y deliberada en contraposición con los trastornos somatoformes [4] (Tabla II).

En primer lugar, y de acuerdo con Ferrero [5], conviene señalar que '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. Y ello a pesar de la creencia generalizada de que, por ejemplo, simular una amnesia es muy fácil y casi imposible de refutar'.

Dicho esto, hay que reconocer que el estudio de la existencia y naturaleza de las alteraciones cognitivas después de un TCE leve constituye un problema de indudable trascendencia en el ámbito

Recibido: 31.01.00. Recibido en versión revisada: 14.11.00. Aceptado: 14.11.00.

^a Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. ^b Unidad de Daño Cerebral. Hospital Beata María Ana (Hermanas Hospitalarias). Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Muñoz Céspedes. Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. E-28223 Madrid. E-mail: jmcspedes@correo.cop.es

© 2001, REVISTA DE NEUROLOGÍA

Tabla I. Principales tipos de demandas relacionadas con el daño cerebral sobrevenido.

Principales tipos de demandas en neuropsicología forense
Lesión o daño personal
Accidentes de tráfico cuya consecuencia es un traumatismo craneoencefálico (peatón, pasajero, conductor)
Caídas o peleas
Indemnización laboral
Cliente que sufre un traumatismo craneoencefálico en su actividad laboral (construcción, minería, industria)
Exposición crónica a agentes químicos neurotóxicos
Determinación de incapacidad para el trabajo
Incapacidad para trabajar debida a algún tipo de daño cerebral sobrevenido
Demencia presenil
Responsabilidad
Exposición a sustancias tóxicas
Equipamiento que no cumple las condiciones reglamentarias (casco de protección, cinturón de seguridad, etc.)
Yatrogenia/malpraxis
Daño cerebral en el momento del parto. Uso inadecuado del protocolo de anestesia
Problemas durante la cirugía que ocasionen un daño cerebral (ORL atraviesa el techo del etmoides, cirugía extracorpórea, etc.)
Competencia civil
Tutela de ingresos por indemnización
Establecimiento del testamento
Venta de bienes por debajo del precio de mercado
Delincuencia/psicopatología
Psicopatología (transitoria/estable) en el momento del delito
Estado mental en el momento del juicio

forense. Ya que si bien en los TCE más graves no suele haber gran discrepancia entre la información proporcionada por el examen neurológico y las técnicas de neuroimagen empleadas, en los casos moderados o leves resulta mucho más difícil documentar la posible existencia de una lesión cerebral y estimar sus consecuencias sobre el funcionamiento cotidiano, puesto que:

- Los resultados de otras exploraciones (electroencefalograma, neuroradiología, etc.) suelen ser inespecíficos o estar dentro de la normalidad. Incluso las nuevas tecnologías de naturaleza funcional, tales como la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), la tomografía por emisión de positrones (PET) o la resonancia magnética funcional, no se muestran suficientemente sensibles en la detección de las alteraciones cerebrales que pudieran estar en la base de los déficit cognitivos. En este sentido se han expresado recientemente tanto la Academia de Neurología Americana [6] como la Sociedad Británica de Medicina Nuclear [7], pudiendo considerarse que la utilidad de estas técnicas para el diagnóstico diferencial respecto a los casos de simulación está aún lejos de ser probada.
- Las quejas somáticas, los déficit cognitivos y los cambios emo-

Tabla II. Diagnóstico diferencial entre la simulación y el trastorno facticio.

Simulación	Trastorno facticio
Existe un incentivo externo	Existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo
Compensación económica	Implica siempre un determinado grado de psicopatología
Evitar una responsabilidad legal	Los síntomas suelen permanecer una vez resuelto el litigio legal
Puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias	
Los objetivos son aparentes. Los síntomas desaparecen cuando ya no son útiles	

cionales referidos son de naturaleza difusa, muy difíciles de objetivar y hacen dudar sobre su etiología orgánica o funcional.

Estas dificultades de naturaleza metodológica explican la complejidad de la estimación de la incidencia real del problema y las enormes discrepancias entre los resultados ofrecidos por diversos autores en las publicaciones sobre el tema. Así, por ejemplo, mientras que Rimel et al [8] refirieron sólo seis casos de posible simulación en una larga serie de 424 pacientes a los tres meses del accidente, otros estudios como los de Trueblood y Schmidt [9] han ofrecido cifras de hasta un 27% de quejas falsas o exageradas en una muestra de trabajadores que habían sufrido conmoción cerebral. Frente a estos datos extremos, la tendencia general en los últimos años es situar la incidencia real de posibles problemas de simulación en torno al 5-10% de los casos de TCE leves [10,11].

Para comprender desde un punto de vista histórico la idea de la búsqueda de compensación económica como un factor esencial en la cronificación de síntomas después de algunos TCE leves o moderados, conviene recordar el influyente trabajo de Miller [12]. En sus estudios, realizados en la década de los 60, este autor recogió un conjunto de observaciones clínicas que ponían de manifiesto que tras estos síntomas, en la mayoría de los casos, existía un intento de obtener una indemnización económica u otro tipo de ganancias. Sus principales argumentos han sido comentados en los últimos años [13] y excelentemente resumidos en nuestro país por Barraquer [14]: a) Existe una marcada discrepancia entre la ausencia de datos objetivos neurológicos y neuropsicológicos y el carácter prolijo y detallado de las quejas subjetivas del paciente; b) El paciente nunca es un niño; c) La incidencia de este trastorno es muy escasa después de accidentes deportivos o domésticos; d) El paciente suele encontrarse libre de síntomas tras el alta hospitalaria, pero después de un cierto intervalo de tiempo aparecen las quejas, que evolucionan de modo progresivo; e) El accidentado generalmente no desempeña una actividad laboral por cuenta propia, sino que suele tratarse de trabajadores poco especializados, siendo frecuente que hayan cambiado varias veces de empleo y tengan historia de reiteradas bajas laborales; f) Los pacientes hacen continuas referencias a su incapacidad para volver al empleo anterior, y g) Es frecuente que estas personas acudan a la consulta acompañados de un familiar o enviados por un abogado.

Otros autores han seguido insistiendo en esta misma línea argumental [15,16], pero cada vez mayor número de trabajos resaltan que los síntomas posconmocionales persisten en muchas

Tabla III. Indicadores de falta de consistencia interna en la ejecución de pruebas neuropsicológicas.

Discrepancia en los resultados de pruebas que exploran los mismos procesos y habilidades, y no pueden ser explicadas por diferencias en la atención, motivación, dificultad de la tarea o propiedades psicométricas de las pruebas

Muy bajo rendimiento en pruebas neuropsicológicas, que la mayor parte de las personas con lesiones cerebrales moderadas o graves realizan bien

Patrón de ejecución malo-bueno-malo en evaluaciones seriadas

Baja fiabilidad test-retest en sesiones separadas

Presencia de respuestas ilógicas o absurdas (p. ej., mejor recuerdo de los ítems difíciles que de los fáciles)

Puntuaciones bajas en pruebas motoras y sensoriales que no se corresponden con un patrón anatómico de lesión

Puntuaciones en las pruebas de atención/concentración muy inferiores a las de memoria general

Memoria de reconocimiento exageradamente alterada, incluso peor que en las pruebas de evocación o recuerdo libre

Reducido efecto de posición serial (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) en las pruebas de evocación libre de material aprendido

Ningún efecto de las claves en las tareas de recuerdo demorado

Rendimiento final por debajo del esperado por azar

ocasiones, a pesar de haberse resuelto favorablemente el litigio administrativo [17], critican los errores metodológicos de muchos de estos estudios [18], documentan la existencia del trastorno en niños [19] y ofrecen explicaciones alternativas de este problema [20]. Por lo tanto, la tendencia general en los últimos años es señalar que la incidencia de casos de simulación como explicación del denominado síndrome posconmocional se ha sobrestimado.

No obstante, aunque los casos de simulación no sean tan numerosos como se pensaba hace una o dos décadas, la referencia de quejas con el objeto de obtener una compensación constituye una realidad que no debe ignorarse. Por ello, en todos los casos se exige una adecuada evaluación de las alteraciones cognitivas y emocionales que permita discriminar cuándo estas quejas son consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas sufridas, de las reacciones que aparecen como consecuencia del sobreesfuerzo compensatorio y del proceso de adaptación ante la reducción de la capacidad de procesamiento de información; o, por el contrario, constituyen un intento de falsear la realidad con el fin de obtener un beneficio o compensación económica.

LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ANTE LA SOSPECHA DE SIMULACIÓN

Anamnesis

La evaluación forense de las secuelas cognitivas después de un TCE debe comenzar por la entrevista clínica. En esta temática que nos ocupa conviene prestar especial atención a las siguientes cuestiones:

- La relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el resultado dañoso, lo que exige corroborar la veracidad de los hechos narrados como causales y calibrar su importancia.
- La continuidad sintomática o criterio cronológico. No obstante, es preciso reconocer que en los TCE leves no es infrecuente encontrar un período de latencia, con un incremento de la sinto-

matología cuando el individuo se enfrenta a situaciones que exigen un mayor esfuerzo físico y cognitivo, lo que suele coincidir con la vuelta a la actividad laboral. Esto puede dificultar la valoración que realizamos sobre la verdadera naturaleza de las alteraciones referidas por el paciente. Respecto al criterio cronológico, hay que recordar también que en los casos en que los síntomas son auténticos estos no permanecen estables, sino que suele haber una evolución del cuadro clínico, con una serie de problemas que sólo aparecen en la fase aguda (náuseas, visión borrosa, somnolencia, etc.) y otros que se hacen más evidentes en la fase subaguda-crónica (trastornos de la atención y de la memoria, intolerancia al ruido, ansiedad, irritabilidad, etc.) [21].

- Hay que descartar la existencia de un estado patológico previo o concomitante que pueda constituir una explicación alternativa a la sintomatología referida por el paciente. De acuerdo con Faust [22], conviene prestar especial atención a tres factores: 1. La existencia de alguna complicación médica (p. ej., metabólica) o efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., medicación anticonvulsionante, narcótica, etc.) que puedan explicar las discrepancias entre los resultados; 2. La presencia de algún otro trastorno psiquiátrico previo o concomitante (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad generalizada, etc.) que pueda explicar el bajo rendimiento actual, y 3. La existencia de otras variables de personalidad que pueden estar en el origen del bajo esfuerzo (pacientes apáticos, poco colaboradores, suspicaces, etc.).
- Verificar la relación existente entre la tipología e intensidad de las quejas referidas con las actividades habitualmente desarrolladas por el individuo, las exigencias psicofísicas de dichas tareas y el ambiente en que se llevan a cabo. Este análisis resulta esencial para determinar si el cuadro descrito por el paciente guarda una proporción razonable con los hallazgos ofrecidos por las diferentes fuentes de información.

En aquellos casos en que se detecte falta de consistencia externa o marcada discrepancia entre las quejas aducidas y la dificultad expresada para las actividades cotidianas y/o laborales, y se excluyan otras posibles explicaciones del cuadro clínico, sería conveniente acudir a una exploración neuropsicológica más detenida que permita investigar la consistencia interna del rendimiento del sujeto en las distintas pruebas de evaluación.

Administración de pruebas de evaluación neuropsicológica

Lo primero que debe indicarse en este apartado es la inexistencia en la actualidad de un indicador absolutamente fiable y válido que permita afirmar de forma rotunda que nos encontramos ante un caso de simulación. No obstante, conviene señalar también que en la última década se ha producido, sobre todo en Estados Unidos, un incremento muy notable de la investigación en este área y que los resultados obtenidos son cada vez más prometedores y fiables.

Con el objeto de que resulte más didáctico se agruparán los datos disponibles en torno a tres dimensiones: a) Indicadores generales que denotan falta de consistencia interna en el rendimiento del individuo evaluado; b) El desarrollo de pruebas neuropsicológicas específicas para detectar posibles casos de simulación, y c) La elaboración de perfiles de respuesta que caracterizan a posibles simuladores en pruebas generales de evaluación neuropsicológica del daño cerebral.

Indicadores generales que denotan falta de consistencia interna

En la tabla III se exponen de forma esquemática los hallazgos de diferentes estudios en los que se han analizado los principales

indicadores que pueden hacernos sospechar la existencia de simulación [23-27].

Desarrollo de pruebas neuropsicológicas específicas para detectar posibles casos de simulación

Teniendo en cuenta algunos de estos principios, se han elaborado instrumentos neuropsicológicos específicos para la detección de posibles simuladores. Como los problemas de memoria constituyen la queja más común entre las personas que intentan simular daño cerebral [28,29], la mayoría de las pruebas se han centrado en la evaluación de este proceso cognitivo y en la detección de rendimientos anómalos en el funcionamiento mnésico.

De forma general puede afirmarse que todas estas pruebas tienen buena especificidad (no ofrecen falsos positivos), pero su sensibilidad no es suficiente (falsos negativos). Dicho de un modo más coloquial, cuando un individuo realiza mal estas pruebas se puede estar casi seguro de que finge o exagera sus problemas de memoria; ahora bien, los sujetos con un nivel de inteligencia media o superior suelen darse cuenta de la 'trampa' que encierran, por lo que su ejecución se sitúa en torno a su grupo de referencia.

Las primeras pruebas fueron elaboradas por Rey (test de los 15 ítems y el *Dot Counting Test*) [30,31] y ambas se basan en el denominado 'efecto suelo'. Se trata de pruebas sencillas con apariencia de complejidad, lo que lleva a los simuladores a sobrestimar su nivel de dificultad y a obtener un rendimiento inferior al de personas con una disfunción cerebral más grave.

La nueva versión de la prueba de Rey ha mejorado su sensibilidad [32], pero existe acuerdo en indicar que es más útil la prueba de *Dot Counting* (contar círculos), ya que, además de valorar el número de aciertos ofrecido por cada individuo, permite comprobar si, como sucede en las personas normales, se produce un incremento en el tiempo de respuesta al aumentar la dificultad de la tarea y cuando los círculos aparecen desagrupados.

Actualmente, las pruebas más empleadas son las que se presentan en formato de elección forzada. El principio que subyace a todas ellas es que se espera un perfil de respuestas correctas al azar en un determinado porcentaje de ensayos; si el número de errores supera este porcentaje, cabe pensar que se está escogiendo de forma deliberada la opción errónea. La primera prueba elaborada teniendo en cuenta este principio fue el test de validez de síntomas de Pankratz et al [33]. Sin embargo, existe una mayor investigación sobre otras dos pruebas elaboradas posteriormente: el test de memoria de dígitos de Hiscock y Hiscock [34] (Tabla III) y el test de reconocimiento de dígitos de Portland [35,36]. En ambas tareas se presentan series de cifras numéricas y, pasado un intervalo de tiempo, se ofrecen dos posibles respuestas ante cada pregunta. Existe, por lo tanto, una probabilidad del 50% de responder correctamente por azar, lo que permite calcular de forma muy sencilla el intervalo de confianza en una distribución binomial.

Las principales diferencias entre ambas pruebas, que en la tarea de reconocimiento de dígitos de Portland los dígitos se presentan de forma no verbal, que el intervalo de demora se emplea en una tarea de interferencia (contar hacia atrás), y que la tercera presentación de los estímulos se hace con una demora de 30 segundos en vez de 15 segundos.

En algunos trabajos se sugiere informar a la persona evaluada acerca de si la respuesta es o no correcta después de cada ensayo con el objetivo de valorar de forma adicional la existencia de un perfil de respuesta malo-bueno-malo [37], pero en otros protocolos de evaluación se recomienda no dar al sujeto ninguna información sobre su resultado. Por contra, sí existe consenso en señalar

Tabla IV. Puntuaciones que deben tenerse en cuenta en la prueba del test de aprendizaje verbal de California para la detección de simulación de alteraciones de memoria después de un traumatismo craneoencefálico moderado o leve.

Puntuación total en recuerdo libre
Disminución del efecto de primacía en el recuerdo (?)
Recuerdo a largo plazo con ayuda
Aciertos en la prueba de reconocimiento (punto de corte 10)
Falsos positivos en la prueba de reconocimiento
Discriminación en el reconocimiento
$1 - (\text{falsos positivos} + \text{olvidos}) / 44 \times 100$

que, ante las sospechas de simulación o bajo esfuerzo, es conveniente comenzar la administración de pruebas neuropsicológicas con estos tests de motivación, ya que su utilidad es mayor cuando se aplican al inicio del protocolo de evaluación.

Otro instrumento empleado con esta misma finalidad es el test de memoria de reconocimiento de Warrington [38,39]. Esta prueba consta de dos subtests: en el primero se presentan al paciente 50 palabras y, a continuación, se ofrece una tarea de reconocimiento forzado en la que aparecen palabras-estímulo junto a otras nuevas; el segundo subtest tiene el mismo formato, pero en este caso los estímulos son fotografías de personas no conocidas. De acuerdo con la distribución binomial, una puntuación en cualquiera de las pruebas por debajo de 20/50 sería inferior a la esperada por azar ($z = 1,65$; $p < 0,05$).

Perfiles de respuesta que sugieren simulación en pruebas generales de evaluación neuropsicológica del daño cerebral

Otra metodología empleada para tratar de detectar posibles simuladores se basa en la comparación del resultado del paciente con diferentes perfiles de respuesta que parecen caracterizar a estos individuos en la ejecución de algunas pruebas.

Algunos trabajos norteamericanos han empleado como referencia la batería de Halstead-Reitan, bien a partir de las puntuaciones obtenidas por sujetos que parecían exagerar sus déficit cognitivos [40,41], bien a partir de los resultados de sujetos voluntarios a los que se les solicitaba que intentaran simular la presencia de daño cerebral [42]. En ambos casos, los resultados indican que, cuando existen secuelas reales después de un TCE, las puntuaciones más bajas suelen aparecer en el test de categorías, la forma B del *Trail Making Test* y la prueba de memoria del test de ejecución táctil. Por el contrario, cuando se trata de simular una lesión, aparece una disminución más marcada del rendimiento en las tareas que implican un adecuado funcionamiento motor y sensorial. Más recientemente, McKinney y Russell [43] han elaborado un índice de simulación a partir del patrón de respuestas en las diferentes pruebas. El principal problema con esta prueba es que resulta excesivamente larga e inaplicable en la práctica clínica diaria.

Respecto a la escala de inteligencia de Wechsler y sus diversas versiones [44,45] destacan dos indicadores de utilidad relativos al objetivo que nos ocupa. En primer lugar, se ha señalado la falta de consistencia de respuesta test-retest —se refiere a la gran discrepancia que ofrecen algunos individuos simuladores cuando se aplica esta prueba de forma repetida en el plazo de una o dos semanas— en las subescalas de información, comprensión, aritmética, semejanzas y vocabulario. Este es un resultado que no se observa en los individuos normales o con un deterioro orgánico, lo que apuntaría hacia un intento de exagerar o fingir la existencia

de secuelas. Más empleado, sin embargo, es el denominado índice de discrepancia vocabulario/dígitos; mientras que las personas con TCE tienden a obtener un rendimiento muy similar en ambas pruebas, en los casos de simulación es frecuente encontrar menor puntuación en la subescala de dígitos (diferencia >2).

TCE	Similar en ambas pruebas
Simulación	Menor puntuación en dígitos

Terminamos esta revisión con otras dos pruebas de evaluación general de la memoria, ya que, como se ha señalado en diferentes ocasiones, la presencia de limitaciones respecto al funcionamiento de este proceso cognitivo suele ser la queja más habitual en el ámbito de la neuropsicología forense y la simulación [46].

La escala de memoria de Wechsler revisada, que se ha utilizado desde esta perspectiva, ha indicado que en pacientes con daño cerebral bien documentado el índice general de memoria es habi-

tualmente más bajo que el índice de atención-concentración, mientras que en el grupo de simuladores suele encontrarse el patrón opuesto [47,48].

El test de aprendizaje verbal de California, recientemente traducido a nuestro idioma, también ofrece diferentes indicadores que sugieren simulación [49] (Tabla IV).

Finalmente, debemos recordar que, aunque se han revisado las principales pruebas empleadas para la evaluación más objetiva de una posible simulación, los resultados han de interpretarse de manera individualizada y en el contexto de todos los datos clínicos disponibles. Así, debe insistirse, por ejemplo, en que la no aparición de hallazgos patológicos en las pruebas de neuroimagen no implica necesariamente la ausencia de lesiones cerebrales, y hay que reconocer que hoy por hoy carecemos de técnicas absolutamente fiables para determinar con certeza si un individuo finge sus síntomas [50].

BIBLIOGRAFÍA

- Puente AE, Iruarrizaga I, Muñoz Céspedes JM. Neuropsicología y problemas forenses y legales en los traumatismos craneales: usos y abusos. En Fundación Mapfre Medicina, ed. Daño cerebral traumático, neuropsicología y calidad de vida. Madrid: Mapfre; 1995. p. 211-27.
- Golden CJ, Strider MA. Forensic neuropsychology. New York: Plenum Press; 1986.
- Adams RL, Rankin EJ. A practical guide to forensic neuropsychological evaluations and testimony. In Adams RL, Parsons OA, Culbertson JL, Nixon SJ, eds. Neuropsychology for clinical practice. Washington DC: American Psychological Association; 1996. p. 455-87.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. (Traducción española: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995).
- Ferrero J. Evaluación del deterioro cognitivo y simulación. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. [<http://neurologia.re-diris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia.html>]
- American Academy of Neurology. Therapeutics and technology assessment subcommittee. Assessment of brain SPECT. Neurology 1996; 46: 278-85.
- Society of Nuclear Medicine Brain Imaging Council. Ethical clinical practice of functional brain imaging. J Nucl Med 1996; 37: 1256-9.
- Rimel RW, Giordani B, Barth JT, Jane JA. Disability caused by minor head injury. J Neurosurg 1981; 9: 221-8.
- Trueblood W, Schmidt M. Malingering and other validity considerations in the neuropsychological evaluation of mild head injury. J Clin Exp Neuropsychol 1993; 5: 197-219.
- Franzen MD, Iverson GL, McCracken LM. The detection of malingering in neuropsychological assessment. Neuropsychol Rev 1990; 1: 247-79.
- Williams AD. Special issues in the evaluation of mild traumatic brain injury. In McCaffrey RJ, Williams AD, Fisher JM, Laing LC, eds. The practice of forensic neuropsychology. Meeting challenges in the courtroom. New York: Plenum Press; 1997. p. 71-89.
- Miller H. Accident neurosis. Br Med J 1961; 1: 919-25.
- Bruyn GW, Lanser JBK. The post-contusional syndrome. In Braakman R, ed. Handbook of clinical neurology. Vol. 13. Head injury. Amsterdam: Elsevier; 1990. p. 421-7.
- Barraquer LL. El síndrome postconcusional: ¿Cuánto de orgánico y cuánto de psicógeno? Arch Neurobiol 1992; 55: 193-6.
- Youngjohn JR, Burrows L, Erdal K. Brain damage or compensation neurosis? The controversial post-concussion syndrome. Clin Neuropsychol 1995; 9: 112-23.
- Binder LM, Rohling ML. Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed head injury. Am J Psychiatry 1996; 153: 5-8.
- Rutherford WH. Postconcussive symptoms: relationship to acute neurological indices, individual differences, and circumstances of injury. In Levin HS, Eisenberg HM, Benton AL, eds. Mild head injury. New York: Oxford University Press; 1989. p. 217-28.
- Alves WM, Colohan A, O'Leary TJ, Rimel RW, Jane J. Understanding posttraumatic symptoms after minor head injury. J Head Trauma Rehab 1986; 1: 1-12.
- Mittenberg W, Wittner MS, Miller LJ. Postconcussion syndrome occurs in children. Neuropsychol 1997; 11: 447-52.
- Newcombe F, Rabbitt P, Briggs M. Minor head injury: pathophysiological or iatrogenic sequelae? J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57: 709-16.
- Karzmack P, Hall K, Englander J. Late-onset post-concussion symptoms after mild brain injury: the role of premorbid, injury-related, environmental and personality factors. Brain Inj 1995; 9: 21-6.
- Faust D. Assessment of brain injuries in legal cases: neuropsychological and neuropsychiatric considerations. In Fogel B, Schiffer RB, eds. Neuropsychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 973-90.
- Binder LM. Malingering following minor head trauma. Clin Neuropsychol 1990; 4: 25-36.
- Binder LM, Willis SC. Assessment of motivation after compensable minor head trauma. J Consul Clin Psychol 1991; 3: 175-81.
- Nies KJ, Sweet JJ. Neuropsychological assessment and malingering: a critical review of past and present strategies. Arch Clin Neuropsychol 1994; 9: 501-52.
- Faust D. The detection of deception. Neurol Clin 1995; 13: 255-65.
- Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C, Tirapu-Ustarroz J, Fernández-Guinea S. Sobre la naturaleza, diagnóstico y tratamiento del síndrome posconcusional. Rev Neurol 1998; 27: 844-53.
- Wong JL, Regennitter RP, Barrios F. Base rate and simulated symptoms of mild head injury among normals. Arch Clin Neuropsychol 1994; 9: 411-25.
- Iverson GL. Qualitative aspects of malingered memory deficits. Brain Inj 1995; 9: 35-40.
- Lezak MD. Neuropsychological assessment. 3 ed. New York: Oxford University Press; 1995.
- Binks PG, Gouvier WD, Waters WF. Malingering detection with the Dot Counting Test. Arch Clin Neuropsychol 1997; 12: 41-6.
- Griffin GA, Glassmire DM, Henderson EA, McCann C. Rey II: redesigning the Rey screening test of malingering. J Clin Psychol 1997; 53: 757-66.
- Pankratz L, Fausti SA, Peed SA. A forced-choice method to evaluate deafness in the hysterical or malingering patient. J Consul Clin Psychol 1975; 43: 25-36.
- Hiscock M, Hiscock CK. Refining the forced-choice method for the detection of malingering. J Clin Exp Neuropsychol 1989; 11: 967-74.
- Binder LM. Assessment of malingering after mild head trauma with the Portland Digit Recognition Test. J Clin Exp Neuropsychol 1993; 15: 170-82.
- Binder LM. An abbreviated form of the Portland Digit Recognition Test. Clin Neuropsychol 1993; 7: 104-7.
- Slick D, Hopp G, Strauss E, Hunter M, Pinch D. Detecting dissimulation: profiles of simulated malingerers, traumatic brain-injury patients, and normal control on a revised version of Hiscock and Hiscock's Forced-Choice Memory Test. J Clin Exp Neuropsychol 1994; 16: 472-81.
- Warrington EK. Recognition Memory Test manual. Windsor: NFER-Nelson; 1984.
- Millis SR, Putnam SH. The Recognition Memory Test in the assessment of memory impairment after financially compensable mild head injury: a replication. Percept Motor Skill 1994; 79: 384-6.
- Heaton RK, Smith HH, Lehman RAW, Vogt AJ. Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing. J Consul Clin Psychol 1978; 46: 892-900.
- Cullum C, Heaton RK, Grant I. Psychogenic factors influencing neuropsychological performance: somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. In Doerr HO, Carlin AS, ed. Forensic neuropsychology: legal and scientific bases. New York: Guilford Press; 1991. p. 141-71.
- Goebel RA. Detection of faking on the Halstead-Reitan Test Battery. J Clin Psychol 1983; 39: 731-42.

43. McKinzev RK, Russell EW. Detection of malingering on the Halstead-Reitan Battery: a cross-validation. Arch Clin Neuropsychol 1997; 12: 585-9.
44. Trueblood W. Qualitative and quantitative characteristics of malingered and other invalid WAIS-R and clinical memory data. J Clin Exp Neuropsychol 1994; 16: 597-607.
45. Mittenberg W, Theroux-Fichera S, Zielinski RE, Heilbronner R. Identification of malingered head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. Prof Psychol Res Pract 1995; 26: 491-8.
46. Millis SR, Putnam SH. Evaluation of malingering in the neuropsychological examination of mild head injury. Neurorehabilitation 1996; 7: 55-65.
47. Mittenberg W, Azrin R, Millsaps C, Heilbronner R. Identification of

malingered head injury on the Wechsler Memory Scale-Revised. Psychol Assess 1993; 5: 33-40.

48. Bernard LC, McGrath MJ, Houston W. Discriminating between simulated malingering and closed head injury on the Wechsler Memory Scale-Revised. Arch Clin Neuropsychol 1993; 8: 539-51.
49. Millis SR, Putnam SH, Adams KM, Ricker JH. The California Verbal Learning Test in the detection of incomplete effort in neuropsychological evaluation. Psychol Assess 1995; 7: 463-71.
50. Muñoz Céspedes JM, Gancedo M, Cid C, Ruano A. Neuropsicología. Problemática médico-legal. En Pelegrín C, Muñoz Céspedes JM, Quemada JI, eds. Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Barcelona: Prous Science; 1997. p. 347-66.

LA DETECCIÓN DE LOS POSIBLES CASOS DE SIMULACIÓN DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Resumen. Objetivo. Destacar el alcance de la detección de la simulación, entendida como la producción consciente e intencionada de síntomas físicos y psicológicos falsos o exagerados, motivada por recompensas externas tales como cobro de seguros e indemnizaciones. Desarrollo. Dentro del ámbito forense se plantea un problema de indudable transcendencia como es el reconocimiento de la existencia y naturaleza de las alteraciones cognitivas después de un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve, ya que se estima que en torno al 5-10% de los casos de TCE leves pueden simular déficit de carácter cognitivo y emocional, con la complejidad añadida del diagnóstico diferencial entre la simulación y el síndrome posconmocional. Conclusiones. La evaluación forense de las alteraciones cognitivas después de un TCE debe constar de una entrevista clínica y de una evaluación neuropsicológica. La primera ayuda a determinar la relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el resultado dañoso, la continuidad sintomática y la existencia o no de un estado patológico premórbido. Y, si bien todavía no existe un indicador absolutamente fiable y válido que permita afirmar rotundamente que nos hallamos frente a un simulador, la evaluación neuropsicológica permitirá sospechar sobre su presencia a través de tres ejes: 1. Indicadores generales que denotan falta de consistencia interna en el rendimiento del individuo evaluado; 2. Pruebas específicas para detectar posibles casos de simulación, y 3. Perfiles de respuesta que caracterizan a posibles simuladores en pruebas de evaluación neuropsicológica. [REV NEUROL 2001; 32: 773-8]

Palabras clave. Evaluación forense. Neuropsicología. Simulación. Traumatismo craneoencefálico.

A DETECÇÃO DE POSSÍVEIS CASOS DE SIMULAÇÃO APÓS TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO

Resumo. Objectivo. Destacar a detecção da simulação, entendida como a produção consciente e intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivada por recompensas externas, tais como cobrança de seguros e indemnizações. Desenvolvimento. Dentro do âmbito forense apresenta-se um problema de indubitosa transcendência como é o do reconhecimento da existência e a natureza das alterações cognitivas após ligeiro traumatismo craneo-encefálico (TCE), já que se estima que cerca de 5-10% dos casos de TCE ligeiros podem simular défice de carácter cognitivo e emocional, com a complexidade acrescida do diagnóstico diferencial entre a simulação e o síndrome pós-comocional. Conclusões. A avaliação forense das alterações cognitivas após um TCE deve constar de uma consulta clínica e de uma avaliação neuropsicológica. A primeira ajuda a determinar a relação de causalidade entre o acontecimento traumático e o resultado lesivo, a continuidade sintomática e a existência ou não de um estado patológico pré-mórbido. E embora não exista um indicador absolutamente fiável e válido que permita afirmar que nos encontramos perante um simulador, a avaliação neuropsicológica permitirá suspeitar da sua presença através de três eixos: 1. Indicadores gerais que denotam falta de consistência interna no rendimento do indivíduo avaliado; 2. Provas específicas para detectar possíveis casos de simulação, e 3. Perfis de resposta que caracterizam possíveis simuladores em provas de avaliação neuropsicológica. [REV NEUROL 2001; 32: 773-8]

Palavras chave. Avaliação forense. Neuropsicologia. Simulação. Traumatismo craneo-encefálico.