



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 11, 1998

## Fundamentos Filosóficos y Desarrollo Histórico del Concepto Simulación (Malingering)

María M. Acevedo Correa, Ph.D.  
CPC San Juan Capistrano

### Abstract

This paper presents different definitions and concepts that are attributed to the conduct of malingering. It describes how the concept of malingering is modified as a result of changes in the philosophy of science through time. This philosophy has formulated different paradigms, which as (a) positivism; (b) post-positivism; (c) critical theory; and (d) constructivism. The last three arise as possible alternative to positivism.

¿Qué es el "malingering"? El término "malinger" proviene del Latin y significa "malo" o "maldad" (Yudofsky, 1985). A pesar de las controversias en torno a la definición de dicho término, que presentaré más adelante, expondré inicialmente una definición descriptiva. "Malingering", que se ha traducido al español como simulación, es un acto falso y fraudulento o la exageración del padecimiento de un defecto o enfermedad física o mental con la intención de obtener algún beneficio. Entre sus beneficios se encuentra obtener dinero,

---

Deseo agradecer a la Dra. Irma Serrano-Garcia, Dra. Jeannette Rosselló y Dra. Ana I. Alvarez por sus comentarios tan acertados durante la revisión de este trabajo. Para comunicarse con la autora, favor de escribir Dr. María M. Acevedo Correa, Brown Schools of San Juan, Avenida Hipódromo 603, Suite 109-110, Santurce, Puerto Rico, 00909.

drogas, evadir obligaciones o responsabilidad por algún acto criminal. En fin, un/a observador/a "objetivo/a" debe reconocer las razones que propician el acto al considerar el contexto que rodea a la persona que lo comete (Gorman, 1982).

La conducta de simular es tan antigua como la humanidad misma. Diferentes escritos a través de la historia relatan episodios que la describen. La Biblia incluye lo que tal vez sea el primero de estos relatos al narrar cómo David fingió locura para proteger su vida. Otros personajes históricos de la literatura que fingieron insanidad fueron: Lucio Junio Bruto, quien instituyó la República Romana en el año 509 antes de Cristo; Ulises, de la Guerra de Troya y Hamlet, príncipe de Dinamarca, que fingió locura para vengar a su padre (García Pelayo & Gross 1987; Geller, Erlen, Kaye, & Fisher, 1990).

Las obras literatura reflejan las peculiaridades de la época en que se escriben; ¿qué le da sentido a la vida de sus personajes?, ¿cómo se organiza la sociedad en que se les ubica y cómo se justifica dicha organización? A través de la historia ha sido posible identificar paradigmas o conjuntos de presuposiciones acerca de la naturaleza del mundo. Dichas presuposiciones enmarcan la visión panorámica que posee el ser humano de lo que sucede a su alrededor (Kuhn, 1970). Esta visión panorámica a su vez enmarca el contexto ideológico en que los autores/as presentan sus obras. Este contexto ideológico es el que apoya los fundamentos paradigmáticos en la vida diaria. ¿Qué es ideología?

La ideología intenta sumergir en la red de ideas, formas de creer, percibir y pensar favorecidas por las presuposiciones paradigmáticas establecidas (Capra, 1982). Es un término al que no le podemos atribuir una definición única ya que depende del marco conceptual que posee quien pretende definirlo (Montero, 1989). A continuación una recopilación de alguna de estas definiciones: (a) son ideas o falsas ideas que ayudan a legitimar el poder político dominante; (b) es el proceso por el cual se producen los significados, los signos y

los valores en la vida social; (c) es el conjunto de ideas que caracteriza a un grupo o clase social; (d) es el medio por el cual un/a actor/actriz social consciente le da sentido a su vida y a otras personas (Eagletín, 1991). De estas definiciones me inclino a aceptar la primera. En todas las sociedades prevalecen las ideas o las falsas ideas que promueven e implementan las personas que ocupan posiciones de autoridad con el propósito de legitimar su poder político.

A tono con esta exposición, presentaré el paradigma orgánico-espiritual que predominó durante el siglo dieciseis y el cartesiano que se solidificó en el siglo diecisiete. Este último aún posee cierta credibilidad aunque en el siglo veinte ha perdido fuerza debido a la presencia de nuevas presuposiciones que le amenazan. Luego de presentar estas visiones alternas también, pretendo demostrar cómo se ubica y visualiza la simulación dentro de estos paradigmas.

#### El Concepto de Simulación y la Corriente Filosófica con Anterioridad al Siglo 16

El paradigma reinante durante la era pre-moderna, aquella en que se ubica la psicología clásica según Merani (1976), entendía que la vida humana estaba definida por el espíritu y que éste, preformado, se manifestaba a través de los mecanismos de la existencia. En otras palabras, conocer al ser humano era intentar descubrir la unidad arbitraria (el espíritu) que autorizaba la manifestación de su naturaleza a través de su conducta en la vida diaria. Este paradigma establecía que las enfermedades físicas y mentales eran la manifestación del funcionamiento de un substrato unitario, identificado como un espíritu o alma biológica con funciones cognitivas y fisiológicas. A partir de estas presuposiciones surgieron imágenes de posibles composiciones del espíritu para de ahí partir a explicar elementos más simples. Dicho paradigma no pudo generar

la unidad primitiva del género humano para brindar un discurso sólido que explicara al ser humano en su concreción.

Ante dicha situación comenzaron a surgir diversas suposiciones debatidas por largos años hasta que en el siglo diecisiete Descartes propuso lo que luego se consolidó como el paradigma cartesiano (Kuhn, 1970; Mc Mahon, 1984, Merani, 1976).

### La Simulación y la Corriente Filosófica Durante el Siglo 17

El paradigma cartesiano, que posteriormente llegó a conocerse como el positivismo, está fundamentado en la creencia de que existe una verdad o realidad absoluta, alcanzada mediante la razón. Establece la dualidad de mente y cuerpo; identifica la mente como creación de Dios y considera el cuerpo como una máquina. El diseño metodológico propuesto por Descartes señala la duda radical como criterio básico para alcanzar el conocimiento. El mismo dudó de todo lo posible hasta serle imposible dudar de su existencia, concluyendo así que si pensaba era por que existía. De aquí la frase: "Yo pienso, por lo tanto existo," que también reafirma la importancia de la razón. El método propuesto utiliza un proceso analítico reduccionista el cual divide los objetos y los pensamientos en sus partes para facilitar la comprensión de los mismos. Si existe un mundo real que funciona bajo leyes naturales, entonces hay que cuestionar dichas leyes fragmentándolas, y permitiendo que sea la naturaleza quien provea las respuestas (Capra, 1982; Guba, 1990).

El proceso analítico reduccionista va dirigido a estudiar lo observable recalcando la objetividad y la cuantificación validando la pura deducción de la mente por su capacidad de formular complejos sistemas matemáticos considerados ciertos. Dichos sistemas han sido aceptados como verídicos sin importar el tiempo y el espacio; la historia no es determinante.

Estas posiciones crean y apoyan el uso del empirismo (Marková, 1982).

A finales del siglo diecisiete la filosofía de la medicina estaba determinada por el paradigma cartesiano con su énfasis en la dualidad de cuerpo y mente. No era posible considerar una relación causal entre el cuerpo y la mente. La concepción mecanicista señalaba al cuerpo como lo único que podía explicar los fenómenos fisiológicos. El mecanicismo fisiológico presentaba explicaciones de índole científica por lo que prevaleció la era del mecanicismo fisio-patológico y todo evento que no pudiera ser explicado científicamente era ignorado o negado. Aquellas personas que presentaban quejas físicas que no poseían evidencia biológica para sustentarlas eran ignoradas porque el padecimiento no era "real" si no existía un fenómeno biológico que lo explicara. Las personas que simulaban de igual forma eran ignoradas. Negar la existencia de ciertos eventos o condiciones contribuyó a la histórica asociación entre la presencia de enfermedades imaginarias y la simulación (Capra, 1982; McMahan, 1984).

### La Simulación Durante el Siglo 18 y el Siglo 19

La era del mecanicismo fisio-patológico prevaleció durante el siglo dieciocho y diecinueve. Durante este último el mundo médico, partiendo de la dualidad cuerpo-mente, estableció la categoría diagnóstica de condiciones nerviosas para agrupar aquellas condiciones que no podían explicarse a través de la mecánica del cuerpo. Entre las cuales estaban la parálisis histeria física y otros (McMahon, 1984).

El que no hallaran una causa biológica para explicar la condiciones nerviosas, y la aparente influencia de la mente sobre funciones biológicas, comenzó a darle a dichas enfermedades una base pseudo-científica. Esta línea de pensamiento amenazaba la lógica apoyada por la filosofía de la época. Dicha lógica no aceptaba el concepto psico-fisiológico

por lo que se explicaban las condiciones nerviosas como enfermedades de la mente. Estas condiciones se caracterizaban como síntomas imaginarios carentes de evidencia biológica; la imaginación es producto de la mente por ende era la mente la que estaba afectada o desalineada. En consecuencia, la mente era la única que poseía la capacidad de eliminar la presencia de dichas condiciones. Esta explicación reforzaba el concepto dual del cuerpo y la mente como entidades que no podían relacionarse causalmente (McMahon, 1984).

Los primeros escritos en inglés que ejemplifican una conducta de simulación aparecieron a fines del siglo dieciocho y en el siglo diecinueve en Inglaterra. En el libro *Elements of Medical Jurisprudence*, Samuel Farr (1788) incluye un capítulo acerca de impostores/as. En dicho capítulo establecía que simular una enfermedad implicaba no mostrar síntomas o evidencia física para la misma. Beck (1823) presentó la primera edición del libro *Elements of Medical Jurisprudence* en Estados Unidos, el cual según Chaille (1877), dió origen a la ciencia médico-legal desarrollada en ese país. Es en torno al escenario médico-legal donde primero surgió el concepto de simulación (Geller, Erlen, Kaye, & Fisher, 1990).

Más tarde los intentos por evadir el servicio militar obligatorio al simular locura en los E.E.U.U., es incorporado como otro de los escenarios para mostrar dicha conducta (Forbes, Tweedie, & Conolly, 1833-1835). Para mediados y finales del siglo diecinueve se añaden a la lista otras razones, como: lograr ser hospitalizado/a para tener un lugar seguro donde vivir, lograr que los años en prisión sean más llevaderos, lograr el traslado de una persona confinada a un asilo, anular un contrato, obtener una compensación que no le corresponde y evadir la tortura (Chipley, 1865; Crawford, 1856-1857; Nicolson, 1870).

Para finales del siglo diecinueve, Spitzka (1889) añadió nuevas consideraciones al estudio de la simulación. Indicó que hay dos grupos de simuladores/as: aquellas personas que

nunca han observado a otra persona que padece de una enfermedad mental y aquellas que si lo han hecho. Según el autor éstas últimas logran una mejor actuación. Además, a medida que la profesión médica desarrolló formas más sofisticadas para detectar la simulación, quienes simulan una enfermedad mental pulen sus actuaciones. También advirtió que una enfermedad no real puede tornarse en una real si se simula por largo tiempo. Finalmente, comentó que una persona enferma mentalmente puede simular otras enfermedades con el propósito de obtener algún beneficio.

Todos estos escritos dan paso a la formulación del modelo heurístico de simulación. El mismo pretendió resumir aquellos indicadores que conducen a los/as clínicos a detectar la presencia de la simulación. Los indicadores son extraídos de cuatro posibles estilos de respuestas: (a) las confiables, (b) las que reflejan simulación, (c) las defensivas, y (d) las irrelevantes. Las respuestas confiables son aquellas emitidas con honestidad donde observamos que la persona se expresa sin dificultad ante el entrevistador/a. Las contestaciones que revelan una fabricación o exageración deliberada de síntomas llevan al clínico/a a sospechar la presencia de una simulación. Las defensivas están caracterizadas por el intento de negar o minimizar síntomas de índole psicológico. Las contestaciones irrelevantes son inconsistentes y no muestran un compromiso de parte del entrevistado/a durante la evaluación. Además de estas respuestas, se ha descubierto, pero no se ha comprobado empíricamente, la posibilidad de que hayan respuestas híbridas que combinen dos de los estilos (Rogers, 1984, 1988).

Como se desprende de la descripción de los estilos de respuestas los tres primeros contienen el elemento de intencionalidad. Las irrelevantes pueden ser o no intencionales; en ocasiones están acompañadas de factores involuntarios que pueden deberse a impedimentos orgánicos o procesos psicóticos que interfieren con la entrevista. Otro detalle es que los estudios realizados bajo este modelo están diseñados para

recopilar datos de carácter nominal; los análisis indican solamente si existen o no los de respuestas (Rogers, 1984).

### La Simulación Durante el Siglo 20

Con esta información acumulada, llegamos al siglo veinte donde las bases cartesianas prevalecen en las explicaciones que el ser humano da a su realidad. Todavía el dogma del dualismo se impone siendo la mecanización del cuerpo el aspecto que prevalece al momento de evaluar el concepto. Geller, Erlen, Kaye & Fisher (1990) entienden que la psiquiatría moderna conceptualiza la simulación de igual forma que en el siglo diecinueve. A mi entender esta opinión es sólo parcialmente correcta. Estos autores limitan su comparación a las formas y las áreas donde se manifiesta dicha conducta y sus diferencias con las enfermedades simuladas. Como veremos obvian los esfuerzos recientes en torno a la búsqueda de nuevas definiciones para la simulación, los diferentes métodos utilizados para su estudio y la necesidad de conocer sus implicaciones para la sociedad. A continuación expondré los intentos realizados por redefinir la simulación durante el siglo veinte.

Durante las primeras décadas de este siglo el psicoanálisis expuso cómo la psicogénesis puede ser la causante de condiciones nerviosas. Presentó la relación entre las motivaciones inconscientes y la creación de síntomas somáticos (McMahon, 1984). Freud (1938), el fundador del psicoanálisis, formuló que los síntomas de la histeria nacen de las impresiones creadas acerca de escenas vividas en el pasado que han sido olvidadas. La terapia, a través de la hipnosis, lleva a la persona a recordar y reproducir esas escenas con el propósito de deducir cuál es su conflicto psíquico y así liberar el afecto reprimido que surgió a raíz de dicho conflicto.

Es interesante como esta tesis fue utilizada por la clase médica de principios de siglo para confirmar la visión de que

las personas que presentaban enfermedades nerviosas o simulaban fingían una enfermedad "real" sin importar sus motivaciones conscientes o inconscientes. Establecieron así un mayor paralelismo entre la simulación y las enfermedades nerviosas que para principios de siglo se conocieron como enfermedades psico-neuro-endocrinas y más tarde como enfermedades psicósomáticas (McMahon, 1984).

Es innegable que el psicoanálisis ha impactado fuertemente los cimientos del cartesianismo, en especial la dualidad de cuerpo y mente, al establecer y ser aceptado el concepto psico-fisiológico y la distinción de motivaciones conscientes e inconscientes. Sin duda comenzaron a entrar en conflicto las formas de creer, percibir y pensar que poseía hasta entonces el ser humano. Esto repercutió en la definición de la simulación las condiciones con las que se asociaba (McMahon, 1984). Se comenzó a debatir si la simulación era o no una enfermedad mental. Hay seguidores/as para ambas posiciones y otras personas que niegan su existencia (Swanson, 1985).

Algunos/as autores/as definen la simulación como una enfermedad mental donde la persona finge o exagera padecer de una enfermedad física o mental con el propósito de obtener algo a cambio. Argumentan que sólo una persona loca o enferma, que no se encuentra en control de sus capacidades mentales, es capaz de llevar a cabo dicha conducta (Eissler, 1951; Menninger, 1956).

Bleuler (1944) fue el primero en exponer y defender esta postura. Éste detatía que irrespectivamente de si los motivos que impulsan la conducta de simular son inconscientes o conscientes, la misma es manifestación de una enfermedad mental.

Garner (1965) entendió que el simulador/a posee una personalidad inmadura o sociopática dándole un matiz patológico a la simulación. Rome (1970) sugirió que la simulación es un intento de la persona por cancelar su "yo", pues se presenta como carente de habilidad o responsabilidad.

En el sentido más amplio la persona se está degradando, auto-destruyendo, definiendo la simulación como un suicidio neurótico.

Otros autores/as enfocan el debate de las motivaciones conscientes e inconscientes para definir la simulación. Estos/a razonan que no hay pensamiento o conducta que sea producto exclusivo de motivaciones conscientes. Arguyen que todo acto tiene algún componente inconsciente que lo acompaña y la simulación no es la excepción. Lo inconsciente no puede ser voluntario por lo que la conducta de simular viene siendo una manifestación neurótica. Por tanto, apoyan la noción de que no existe la simulación sino diferentes manifestaciones de conductas neuróticas (Gorman, 1982).

Interesantemente, a pesar de que la simulación estaba definida ya como enfermedad mental en los años 1940 y 1950 no se incluyó en la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (conocido por sus siglas en inglés DSM) publicado en 1952. El DSM se desarrolló en los E.E.U.U. con la intención de elaborar un sistema de clasificación de las condiciones mentales para facilitar su evaluación y tratamiento. La simulación tampoco fue incorporada en la segunda edición del DSM publicado para 1968. Esto fue así a pesar de que al igual que en la primera edición se utilizaron criterios psicoanalíticos para el establecimiento de los diagnósticos. Esta edición fue criticada por no poseer criterios claros y específicos que contribuyeran ejercicio del diagnóstico diferencial (American Psychiatric Association, 1952, 1968; Bernal & Rodríguez, 1992).

Estas críticas dieron paso durante los años 1960 a la inquietud de obtener un sistema confiable que describiera fenómenos psicopatológicos. Durante los años 1970 se desarrollaron criterios operacionales con la intención de producir datos más confiables y válidos. Esto fue posible debido a los avances en la tecnología, las modalidades terapéuticas y el uso de escalas

y técnicas psicométricas para la evaluación cuantitativa de síntomas (Klerman, 1986).

Estas aportaciones y el hecho que los/las psicoanalistas no pudieran verificar clínicamente, ni con investigaciones empíricas, sus postulados básicos contribuyeron al desarrollo del *DSM III* que fue publicado para 1980. Dicho manual fue el primero en ser sometido a pruebas de confiabilidad, validez, viabilidad y utilidad (Bernal & Rodríguez, 1992; Klerman, 1986). Entre los resultados de dichas pruebas encontramos la creación de una sección titulada "Codificación V" de factores no atribuibles a trastorno mental y que merecen atención o tratamiento. En ésta ubicaron en primer plano a la simulación. También establecieron diferentes diagnósticos para distinguir aquellas condiciones que poseen la similitud de tratarse de personas que dicen padecer de alguna queja física o psicológica pero no poseen evidencia biológica o de resultados de pruebas objetivas que las sustente (American Psychiatric Association, 1980).

La ubicación de la simulación como parte de la "Codificación V" responde a los modelos empírico y clínico-forense. Estos, a su vez, están influenciados por los supuestos del paradigma post-positivista. El post-positivismo, según Phillips (1990), es una nueva filosofía de la ciencia que no tiene relación con los postulados del positivismo. Bajo este último, el proceso analítico reduccionista resultó, en opinión de algunas personas, ser un método ineficaz. Su ineficiencia estriba en que los conceptos teóricos de la ciencia se manifiestan en formas que trascienden los límites de lo observable. Además se argumenta que no existe observador/a que sea "neutral"; las personas están influenciadas por sus preconcepciones (Phillips, 1990).

Como alternativa a esto, el post-positivismo propone la existencia de una realidad dirigida por leyes naturales que no pueden ser comprendidas en su totalidad. En el intento por entenderlas la objetividad es el medio ideal, pero ésta jamás

prodrá lograrse a capacidad por lo que se busca la mejor aproximación posible. Para lograr esto es necesario establecer medidas de observación crítica, como lo son: (a) compartir los hallazgos con colegas para entablar discusiones en torno a los mismos y (b) publicar artículos de investigaciones realizadas que serán evaluados por editores/as y por sus lectores/as. Metodológicamente el post-positivismo pretende dirigirse al escenario natural para de ahí construir teorías que se pondrán a prueba a través de métodos cuantitativos y cualitativos, con énfasis en los últimos (Guba, 1990; Phillips, 1990).

Por su parte, el model empírico surge de factores desglosados de la revisión de investigaciones realizadas en la psicología social, pruebas psicológicas y estudios de casos. Como vemos utiliza métodos cuantitativos y cualitativos para lograr la mejor aproximación de la objetividad. Algunas de las pruebas psicológicas consideradas son: el Rorschach, el Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), el Bender-Gestalt, pruebas de inteligencia y medidas objetivas de personalidad como el California Psychological Inventory (CPI), el Personality Research Form, el Zung Self-Rating Depression Scale, el Personal Orientation Inventory, el Minnesota Multiphasic Personality Inventory y otros (Rogers, 1984).

Dichos instrumentos psicológicos han demostrado ser susceptibles a la simulación. Las metas que impulsaron el desarrollo de estas pruebas no contemplaron detectar respuestas fingidas. Por lo tanto, no se mide la confiabilidad ni la validez de éstos instrumentos para detectar la simulación a pesar de ser una respuesta posible ante los reactivos de las mismas (Murphy & Davidshofer, 1988).

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) es la prueba psicométrica más utilizada para detectar la simulación ya que contiene tres escalas de validez para lograr dicho propósito. La escala "L" que consiste de 15 preguntas que presentan comportamientos no usuales, que se observan rara-

mente en la mayoría de las personas y si se contestan como ciertas pueden dar señales de exageración. La "K" posee 30 aserveraciones que muestran situaciones defensivas. La escala "F" de 64 reactivos muestra conductas de deterioro que raramente señalan los/las pacientes psiquiátricos (Becker, 1988). Otros instrumentos psicológicos desarrollados con la intención de auscultar la simulación son el Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS), el M Test, una prueba corta que mide la disimulación de esquizofrenia y el Malingering Scale (Rogers, 1984; Rogers, Gillis & Bagby, 1990).

Estudios en el área de psicología social examinan criterios paralingüísticos y señales no verbales como posibles indicadores de la simulación. Los mismos señalan que el contenido verbal es un factor importante a analizar al sospechar la presencia de dicha conducta. Además, han identificado gestos faciales y claves paralingüísticas que podrían ser detractores de la honestidad de las personas al ser evaluadas (Fay & Middleton, 1941; Littlepage & Pineault, 1987; Maier & Thuber, 1968).

Otro modelo de simulación es el clínico-forense que se concentra en detectar esta conducta en el contexto de la psiquiatría forense. Este modelo, como el empírico, aboga por el uso de ciertas pruebas objetivas; entra ellas: (a) el Bender-Gestalt, (b) el Rorschach, (c) las sub-pruebas de comprensión y vocabulario de la Prueba de Inteligencia de Wechsler (PIW) para adultos/as revisada, (d) una sub-prueba de vocabulario de términos legales paralela en dificultad a la presentada en el Wechsler y (e) la Prueba de Memorial de 15 ítems de Lezak (Drob & Berger, 1987).

Con las primeras dos pruebas se busca la presencia de respuestas contradictorias ya sean verbales o de conducta. De encontrarse contradicciones habrá motivos para sospechar una simulación. La sub-prueba de comprensión de la PIW para adultos/as revisada auscultar el juicio, el proceso de pensamiento, el control de impulsos y la socialización. Las perso-



nas bajo evaluación perciben sin embargo que mide inteligencia y si están fingiendo intentarán salir lo peor posible presentando respuestas erróneas. Los autores de este modelo entienden que como la sub-prueba presenta los reactivos en orden de dificultad, el más sencillo primero terminando con el más difícil, se debe alterar dicho orden. Ellos/as presentan los reactivos más sencillos primero pero alteran el orden de los reactivos más difíciles donde los más complicados se presentan antes para terminar con aquellos menos complicados. Esperan así detectar inconsistencia en el desempeño de la persona ante la sub-prueba si es que es un simulador/a (Drob & Berger, 1987).

Los autores del modelo desarrollaron una lista de vocabulario de términos legales paralela en dificultad a la sub-prueba de vocabulario de la prueba de inteligencia. La idea es administrar las sub-pruebas de vocabulario, con la expectativa de que el desempeño de la persona sea similar en ambas; de no ser así se sospechará una simulación. La última prueba es la de memoria desarrollada por Lezak (1976). Esta consiste de 15 reactivos que se relacionan intra-grupo y entre-grupo. Se le dice a la persona que debe recordar 15 ítems para que crea que la tarea es difícil. Una vez presentados los estímulos en un período de 10 segundos se separan 15 segundos para pedirle que diga cuales recuerda. Si no es capaz de recordar al menos tres de cada grupo entonces está fingiendo (Drob & Berger, 1987).

El use de estas pruebas no es lo primordial dentro del modelo clínico-forense. Tiene más peso la entrevista clínica en la cual debe detectarse la presencia de los signos de la simulación según el modelo heurístico. También se busca la existencia o no de un motivo para justificar la simulación y se pretende descartar el que alguna condición psico-patológica sea la causante de que una persona produzca lo que aparenta ser una sintomatología voluntaria (Drob & Berger, 1987). Este

modelo también utiliza métodos cualitativos y cuantitativos para poner a prueba lo que se observa en el escenario natural.

Retomando otra de las diferencias entre el *DSM II* y el *DSM III* encontramos diferentes diagnósticos para las enfermedades caracterizadas porque las personas señalan tener síntomas psiquiátricos que no son "reales" pues carecen de evidencia biológica o de resultados de pruebas objetivas que las confirme. Estas condiciones poseen características similares lo que dificulta el ejercicio del diagnóstico diferencial. Las mismas se pueden evaluar partiendo de un espectro o un continuo, donde a un extremo encontramos aquellos síntomas que se presume surgen de una base inconsciente e involuntaria y al extremo opuesto encontramos aquellos síntomas producidos consciente y voluntariamente (Jonas & Pope, 1985). (Veáse la Tabla 1).

Tabla 1

*Condiciones que se Caracterizan por Presentar Síntomas Físicos o Mentales que Carecen de Evidencia Médica o de Resultados Objetivos que las Confirme*

Desórden	Motivación	Control de Síntomas
Desórdenes somatoformes, e.j. Desorden de conversión Hipocondriasis	Inconsciente	Involuntario
Desórdenes ficticios, e.j. con síntomas físicos, con síntomas psicológicos Simulación	Inconsciente	Voluntario
	Consciente	Voluntario

Ante de compartir el análisis del espectro, es pertinente presentar la crítica que se le atribuye; la misma gira alrededor del debate de las motivaciones conscientes e inconscientes. Algunos/as argumentan que no es científicamente posible determinar dentro de los límites de la probabilidad médica la diferencia entre dichas motivaciones. Para empezar ningún

investigador/a o clínico/a tiene acceso al contenido de la conciencia de una persona. Con la intención de subsanar esta deficiencia, postulan modelos de la mente que presentan estructuras mentales con el propósito de explicar el porqué de diferente fenómenos (Miller, 1988).

Ante esta situación Miller (1988) propone la utilización de criterios subjetivos para evaluar la presencia de síntomas; compara el comportamiento de personas con síntomas histéricos con el de personas a las que les pide que simulen esos mismos síntomas. Los resultados demuestran que no hay diferencias substanciales en el desempeño de las personas que componen ambos grupos. Aplin y Kane (1985) encontraron resultados bien similares en el desempeño de pruebas audiométricas entre personas que presentaban la pérdida de audición como un síntoma de histeria y personas a las que se les pidió que simularan la misma. Esto nos plantea la interrogante de si es posible discriminar entre el comportamiento histérico y la simulación.

También es preciso discutir las condiciones psicósomáticas para diferenciarlas de los desórdenes arriba mencionados. Estas se manifiestan en personas que presentan quejas físicas y se evidencia daño biológico para sustentarlas (Eisendrath, 1984). En el *DSM III* se les denominó como "Factores Psicológicos que Afectan Condiciones Físicas". El diagnóstico se establece cuando se juzga que factores psicológicos contribuyen a que se inicie, agrave o mantenga una condición física (American Psychiatric Association, 1980; Hyler, Williams & Spitzer, 1988).

En el extremo del espectro donde se sitúan los síntomas que se producen inconsciente e involuntariamente encontramos los desórdenes somatoformes que incluyen el desorden de conversión y la hipocondriasis entre otros. Estos desórdenes están caracterizados por la persona que reporta padecer de síntomas severos y prolongados que no poseen evidencia médica que los sustenten, en que al recoger el historial de la

persona hay motivo para considerar la presencia de conflictos inconscientes y fuera del control de la persona lo cual lo convierte en un acto no voluntario (Hyler, et al., 1988).

En el medio del espectro podemos localizar los desórdenes ficticios que incluyen aquellos que presentan síntomas físicos o psicológicos. En estos casos las personas controlan los síntomas voluntariamente pero la compulsión de producir los mismos está basada en motivaciones inconscientes; la persona no sabe porqué tiene la necesidad psicológica de asumir el rol de enfermo/a. Además, no hay evidencia palpable de que la persona reciba a cambio algo por dicha conducta (Eisendrath, 1984). El control voluntario de los síntomas va desde fingirlos hasta crear estados pato-fisiológicos alterando pruebas y/o exámenes físicos. El primer tipo usualmente es temporero mientras que las personas que caen en el segundo grupo focalizan la organización de sus vidas en torno al desempeño de esta conducta por varios años (American Psychiatric Association, 1980; Gorman, 1982).

Al final del continuo tenemos la simulación donde la motivación es consciente y los síntomas son controlados voluntariamente. La definición de simulación expuesta en el *DSM III* indica que es la producción intencional de síntomas falsos o de exageraciones groseras de síntomas físicos o psicológicos motivados por incentivos externos. En dicha revisión tres de los cuatro índices para diagnosticar simulación giran en torno a situaciones negativas. Los índices son los siguientes: (a) la presencia de un contexto médico-legal, un ejemplo es cuando un/a abogado refiere a su cliente/a a ser evaluado/a por un médico/a o profesional de la salud mental; (b) la observación de una marcada discrepancia entre el disturbio alegado por la persona y la objetividad de los hallazgos; (c) la falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica y con el cumplimiento del tratamiento establecido y (d) la presencia del desorden de personalidad antisocial (American Psychiatric Association, 1980).

La definición y los criterios de simulación expuestos en el *DSM III* responden al modelo patógeno que inicialmente asumía que la simulación era un intento inefectivo de controlar procesos psicóticos y neuróticos al reproducir conscientemente una condición no "real". Posteriormente el modelo asumió una concepción moralista procedente de una postura criminalista adoptada por la American Psychiatric Association (Rogers, 1990a; 1990b). Por todo lo antes expuesto Rogers (1990b) entiende que sería más acertado denominar a este modelo como uno puritano.

Interesantemente no he encontrado apoyo empírico para sustentar los índices elaborados en el *DSM III*. Los resultados hallados con pruebas psicométricas sugieren que los/as sociópatas no son más efectivos que otras personas en manifestar simulación (Gendreau, Irvine, & Knight, 1973). En una revisión de estudios de casos Clark (1988) encontró que muchos/as de los/as sociópatas que intentaban simular una enfermedad mental dentro de un contexto forense eran inexpertos/as en sus representaciones. Otra investigación indicó que reclusos penales, a pesar de haber tenido contacto con profesionales de la salud mental con anterioridad, fueron menos sofisticados al fingir que las personas del grupo control que provenían de la comunidad (Rogers, Gillis, & Bagby, 1990).

Aun cuando los factores contextuales son importante para entender la simulación, las investigaciones empíricas han mostrado hallazgos contradictorios que no sustentan que la presencia de un contexto médico-legal sea un buen criterio para descubrir dicha conducta. Algunos/as investigadores encontraron que la mayoría de los/as pacientes forenses no presentan indicadores de simulación (Grossman & Wasyliv, 1988). Cornell y Hawk (1988) encontraron un 8.0% de casos de simulación en criminales referidos/as para ser evaluados previo a sus juicios. Rogers (1988) reportó que un 3.2% de las personas acusadas de una muestra canadiense desempeñó

simulación. Más importante es recalcar que el contexto médico-legal no está limitado a casos forenses o criminales; un ejemplo son los casos de custodia donde las personas alteran su realidad para aparentar estar en una mejor situación (Rogers, 1990b).

El concepto de falta de cooperación es uno inclusivo que aparece en casos de desórdenes alimentarios, abuso de drogas, y esquizofrenia, entre otros. Por esto, no debe considerarse como un buen criterio para detectar la simulación. Además, no existe evidencia empírica que apoye a este criterio como una variable discriminatoria para distinguir entre pacientes reales y personas que simulan (Rogers, 1990b).

La discrepancia entre el impedimento alegado y los hallazgos objetivos no se ha confirmado como un buen índice de simulación. Para empezar, no existen medidas que sean "objetivas", pero de ser posible la existencia de éstas para diagnosticar enfermedades mentales no sería necesario argumentar la autenticidad de dichos resultados; no habría cabida para la simulación. Lo que han hecho algunos/as es corroborar datos para ver si se confirman o no (Rogers, 1990a). Johnson, Klingler y Williams (1977) estudiaron a un grupo de 228 pacientes de un Hospital de Veteranos y encontraron una relación de baja magnitud entre los índices de simulación de las entrevistas diagnósticas y los puntajes obtenidos en el MMPI ( $r = .14$ ,  $p = .05$ ).

Continuando con el recuento histórico no hubo cambios en la forma de abordar la simulación en la revisión del *DSM III* de 1987 ni en el *DSM IV* publicado en 1994 (American Psychiatric Association, 1987, 1994). Como observamos el *DSM* ha sufrido cambios significativos a través de los años. Los mismos se palpan cuando se sustenta la presencia o no de ciertos diagnósticos y categorías. Otro dato importante es que el *DSM I* y el *DSM II* utilizaron, en parte, criterios de la teoría psicoanalítica para apoyar sus clasificaciones. El *DSM III* quiso romper con dicho bagaje teórico e intentar la proyección

de un sistema de clasificación libre de bases teóricas. Todas las modificaciones del *DSM* responden a cambios en el contexto social, político y económico de la sociedad estadounidense. Toda sociedad está impactada por un ideología que se refleja tanto a nivel micro como a nivel macro, influenciando sin exceptuar la creación de sistemas de clasificación (Bernal & Álvarez, 1992; Bernal & Rodríguez, 1992).

El surgimiento de dos paradigmas alternos al cartesiano explican, en parte, los cambios que observamos en la sociedad estadounidense y que como históricamente sabemos repercuten en la sociedad puertorriqueña. Estos paradigmas son: la teoría crítica y el construccionismo social. Históricamente la teoría crítica es descendiente de lo que conoció en los años treinta como la escuela de Frankfurt. Esta escuela de pensamiento acogía gran parte de los postulados marxistas. Después de la Segunda Guerra Mundial sus seguidores comenzaron a cuestionar dichos postulados instituyendo así lo que conocemos como la teoría crítica (Bottomore, 1984).

Los postulados de esta teoría proponen que se analice la sociedad científica-tecnológica en vez de al capitalismo. Rechazan la idea de un proceso de liberación política y económico mediante la lucha de la clase trabajadora. La liberación del ser humano se obtendrá cuando éste logre construir una nueva filosofía de la historia que sirva de marco de referencia para las investigaciones empíricas (Bottomore, 1984).

Esta teoría se basa en la creencia de que existe una realidad que no puede ser comprendida en su totalidad; no puede verse tal cual es ya que sus observadores/as poseen un bagaje cultural, moral y político que no les permite ser "objetivos". Por lo tanto, la subjetividad media la forma en que se cuestiona qué es la realidad y cómo funciona. Metodológicamente este paradigma se centra en el aspecto dialógico que tiene como propósito eliminar toda falsa conciencia para así estimular al ser humano a buscar un punto de vista común que sea equita-

tivo. La transformación de la realidad es la meta (Guba, 1990). Cabe mencionar que no encontré en la literatura sobre simulación nada que evidenciara cambios en su definición debido a los postulados de este paradigma.

Por su parte, el construccionismo social entiende que el ser humano le da un significado particular a las cosas y a los eventos que experimenta justificando la presencia de múltiples realidades que dan paso al relativismo. Si la realidad está construida por el ser humano, la interacción subjetiva parece ser la única alternativa para evaluar dichas realidades. El construccionismo metodológicamente va dirigido a identificar las diferentes maneras que existen de conceptualizar la realidad con el propósito de lograr un consenso. Esto podría lograrse a través de la hermenéutica y la dialéctica. La primera pretende describir las diferentes construcciones de la realidad existentes. La última, pretende comparar las diferentes construcciones de la realidad existentes con el objetivo de que sus autores/as tengan que confrontarse. Dicho debate demolerá las construcciones que posean cimientos débiles mientras que resaltarán aquellas que posean cimientos sólidos hasta lograr el consenso (Guba, 1990).

Berger y Luckmann (1983) identifican tres procesos principales en la elaboración de la construcción de la realidad por el ser humano. Estos son: (a) la exteriorización, (b) la objetivación y, (c) la interiorización. La exteriorización consta de las reacciones que tiene el ser humano ante el mundo que le rodea y la acción hacia el mismo. La objetivación es el proceso por el cual se establece un consenso social en torno a la definición de la realidad que predominará. El lenguaje refleja y apoya la definición compartida y acordada de la realidad. La interiorización es el proceso por el cual el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia del ser humano durante la socialización. La internalización implica que hay que conocer los procesos subjetivos de la otra persona y comprender el mundo en que vive para luego aceptar ese

mundo como el de uno/a propio. Esta cadena lleva al ser humano a desarrollar procesos propios completando así el proceso de subjetificación.

Szasz (1961), estando de acuerdo con la postura expuesta en el párrafo anterior, conceptuó la simulación como un producto de eventos socio-psicológicos y no como un síndrome psicopatológico. Implica así que la simulación no es un diagnóstico por lo que debe ser descartada de la nosología psiquiátrica. Más allá de esto, este autor sostiene que el concept de enfermedad mental es un mito, una institución social que sirve para encubrir los problemas y las contradicciones que enfrenta el ser humano en la acción de la vida diaria y en la interacción con su prójimo. Estos conflictos y contradicciones amenazan la definición compartida que existe de la realidad social. De manera que el origen del concepto enfermedad mental tiene el propósito de servir como control social ante conductas desviadas que amenazan la definición de la realidad social (Scheff, 1966).

Teniendo esto en cuenta, otras definiciones de simulación incluyen: (a) la imitación o exageración deseada, deliberada y fraudulenta de una enfermedad, que usualmente tiene como propósito el engañar a otros/as y en la mayoría de las ocasiones es realizada con la intención de obtener una meta previamente identificada (DeJong, 1967) y (b) una conducta adaptativa (Silvain, 1988). Estas dos definiciones son las que apoyo pues sustentan claramente cómo la simulación es una conducta adaptativa que pretende conciliar contradicciones que surgen de la realidad socialmente construida; de manera que la simulación es una conducta desviada que amenaza indirectamente la definición de la realidad socialmente construida.

Estas últimas definiciones de simulación responden al modelo adaptacional que propone ser explicativo. El modelo tiene tres supuestos: (a) la persona percibe la evaluación y/o tratamiento como algo involuntario o adverso; (b) percibe que puede perder algo si es honesta o que puede ganar algo si

simula y (c) no percibe como más efectivo cualquier otro camino para lograr su meta. Expone que las opciones en situaciones de riesgo son establecidas a base de la utilidad y de la probabilidad. En el caso de una persona que simula es evidente la presencia de una situación adversa o peligrosa. Es esta misma situación la que lleva a la persona a evaluar varios posibles actos hasta concluir cuál será el que mejor resultado le brindará. Entre los posibles actos se encuentra la opción de simular. Este proceso decisional es uno adaptativo donde se busca la manera más efectiva de alcanzar una meta (Rogers, 1990a, 1990b).

Este modelo expone la posibilidad de investigar cómo la decisión del simulador/a se relaciona con cuán adversa se considera una situación, la selección de la estrategia a seguir y el efecto del tamaño de la recompensa si se simula. Es factible concluir que dicho modelo adopta la naturaleza adversa y la actuación clínica de las personas como los criterios claves a considerar. El criterio de mayor peso debe ser el de la actuación clínica. Esto se debe a investigaciones que indican que la incidencia de simular fluctúa entre un 3 y un 8%, aun cuando las personas experimentan situaciones adversas similares (Rogers, 1990a, 1990b).

### Conclusión

En resumen, hay diversidad de opiniones en torno a las definiciones de la simulación. Esta falta de consenso es la base de las dificultades que se encuentran al momento de detectar, clasificar y tratar la simulación. Como he documentado, esto responde a cambios históricos que ha sufrido la filosofía de la ciencia generando diferentes paradigmas (Veáse Tabla 2). Estos también están sujetos a cambios y posteriormente a su desaparición para darle paso a otros que intentarán contestar aquellas interrogantes que no pudieron sus antecesores.

En la actualidad el paradigma cartesiano, que se mantiene vigente, está siendo atacado por nuevas presuposiciones. Estas están cobijadas bajo: (a) el post-positivismo, (b) la teoría crítica y (c) el construccionismo. Queda por verse cual de estos paradigmas, si alguno, sustituirá al cartesiano. A mi entender, de estos nuevos paradigmas el construccionismo parece tener más sentido ya que visualiza la conducta de simular como una adaptativa dentro de la constucción de la realidad por el ser humano. Cabe preguntarse: ¿en cuántas ocasiones simulará el ser humano durante el transcurso de su vida con el fin de mantener cierta estabilidad dentro de la realidad social que construye?

Referencias

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Aplin, D., & Kane, J.M. (1985). Variables affecting pure tone and speech audiometry in experimentally simulated hearing loss. *British Journal of Audiology*, 19, 219-228.

Becker, B. (1988). The detection of malingering with psychological and neuropsychological tests. *Personal Injury Law: Defense Bulletin*, 3, 9.

Beck, T.R. (1823). *Elements of medical jurisprudence*. New York: Webster & Skinner.

Berger, P., & Luckmann, T. (1983). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Tabla 2  
El concepto de simulación a través de los diferentes paradigmas

Paradigmas	Definición	Método de Criterios	Método Evaluación	Método Investigativo
Orgánico espiritual Era pre-moderna	Manifestación del espíritu o alma biológica	Presentación de funciones cognitivas y fisiológicas de espíritu	Subjetividad basada en la razón y la fe	Sugerir imágenes del espíritu para explicar elementos más simples
Positivismo	Enfermedad nerviosa	Síntomas imaginarios carentes de evidencia biológica	Proceso analítico reduccionista recalando la objetividad	Sistema empírico Método cuantitativo
Post-positivismo	Conducta no atribuible a un trastorno mental; Producción o exageración intencional de síntomas físicos o psicológicos motivados por incentivos externos	Control de síntomas voluntario; Motivación consciente	Objetividad que no podrá lograrse a capacidad se intenta alcanzar la mejor aproximación posible	Métodos cuantitativos y cualitativos, con énfasis en los últimos
Teoría crítica			Subjetividad	Aspecto dialógico
Construccionismo social	Conducta adaptiva	Producto de eventos socio-psicológicos	Interacción subjetiva	Hermética y la dialéctica

- Bernal, G. & Alvarez, A.I. (1992). Algunas consideraciones para el desarrollo de un marco conceptual crítico de la evaluación psicodiagnóstica. En G. Bernal & W.C. Rodríguez (Eds.), *Clasificación diagnóstica en Puerto Rico: Problemas teóricos, metodológicos y sociopolíticos* (pp. 55-62). Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bernal, G., & Rodríguez, W.C. (1992). Problemas de clasificación psicodiagnóstica: Una introducción. En G. Bernal & W.C. Rodríguez (Eds.), *Clasificación diagnóstica en Puerto Rico: Problemas teóricos, metodológicos y sociopolíticos* (pp. 1-11). Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bleuler, E. (1944). *A textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bottomore, T. (1984). *Sociology and socialism*. New York: St. Martin's Press.
- Capra, F. (1982). *The turning point: Science, society and the rising culture*. New York: Bantam Books.
- Chaille, S. E. (1877). Address on medical jurisprudence. En J. Ashhurst, (Ed.) *Transaction of the International Medical Congress of Philadelphia* (pp. 167-204). Philadelphia: Printed for the Congress.
- Chiple, W.S. (1865). Feigned insanity-motives-special tests. *American Journal of Insanity*, 22, 1-24.
- Clark, C.R. (1988). Sociopathy, malingering, and defensiveness. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 54-64). New York: Guilford.
- Cornell, D. G. & Hawk, G.L. (1988, Agosto). *Malingers diagnosed in pretrial evaluations: Clinical presentations*. Paper presented at the Annual meeting of the American Psychological Association, Atlanta.
- Crawford, J. (1856-1857). Feigned insanity-simulation of fatuity or extreme imbecility by an individual of somewhat weak mind. *Glasgow Medical Journal*, 4, 35-41.
- DeJong, R.N. (1967). *The neurologic examination*. New York: Hoeber-Harper.
- Drob, S.L., & Berger, R.H. (1987). The determination of the malingering: A comprehensive clinical-forensic approach. *Journal of Psychiatry and Law*, 4, 519-538.
- Eaglet, T. (1991). *Ideology: An introduction*. New York: Verso.
- Eisendrath, S.J. (1984). Factitious illness: A clarification. *Psychomatics*, 25(2), 110-117.
- Eissler, K.R. (1951). Malingering. En G.B. Wilbur & W. Muensterberger (Eds.) *Psychoanalysis and culture* (pp. 218-353). New York: International University Press.

- Fay, P.J., & Middleton, W.C. (1941). The ability to judge truth-telling or lying from a voice as transmitted over a public address system. *Journal of General Psychology*, 24, 211-215.
- Farr, S. (1788). *Elements of medical jurisprudence*. London: T. Beckett.
- Forbes, J., Tweedie, A., & Conolly, J. (Eds.) (1833-1835). *The cyclopaedia of practical medicine*. London: Sherwood.
- Freud, S. (1938). History of the psychoanalytic movement. En A.A. Brill (Ed.), *The basic writing of Sigmund Freud* (pp. 933-945). New York: Modern Library.
- García Pelayo y Gross, R. (1987). *Pequeño larousse ilustrado*. México: Ediciones Larousse.
- Garner, H.H. (1965). Malingering. *Illinois Medical Journal*, 128, 318-319.
- Geller, J.L., Erlen, J., Kaye, N.S., & Fisher, W.H. (1990). Feigned insanity in nineteenth-century American: Tactics, trials, and truth. *Behavioral Sciences & the Law*, 8, 3-26.
- Gendreau, T., Irvine, M., & Knight, S. (1973). Evaluating response styles on the MMPI with prisoners: Faking good adjustment and mal-adjustment. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 5, 183-194.
- Gorman, W.F. (1982). Defining malingering. *Journal of Forensic Sciences*, 27(2), 401-407.
- Grossman, L.S., & Wasylw, O.E. (1988). A psychometric study of stereotypes: Assessment of malingering in a criminal forensic group. *Journal of Personality Assessment*, 52(3), 549-563.
- Guba, E.C. (1990). The alternative paradigm dialog. En E.C. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 17-27). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hyler, S.E., Williams, J.B.W., & Spitzer, R.L. (1988). Where, in DSM-III-R is "compensation neurosis"? *American Journal of Forensic Psychology*, 4(1), 13-22.
- Johnson, J.G., Klingler, D.E., & Williams, T.A. (1977). An external criterion study of the MMPI indices. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 154-156.
- Jonas, J.M., & Pope, H.G. (1985). The dissimulating disorders: A single diagnostic entity? *Comprehensive Psychiatry*, 26, 58-62.
- Klerman, G.L. (1986). Historical perspective on contemporary school of psychopathology. En T. Millon & G.L. Klerman (Eds.) *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions: Foundations of the unity of science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lezak, M. (1976). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.

- Littlepage, G., & Pineault, M.A. (1987). Verbal, facial and paralinguistic cues to the detection of truth and lying. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 461-464.
- Maier, N.R., & Thurber, J.A. (1968). Accuracy of judgment of deception when an interviewer is watched, heard, and read. *Personnel Psychology*, 21, 23-30.
- Marková, I. (1982). *Paradigms, thoughts and language*. New York: John Wiley & Sons.
- McMahon, C.E. (1984). Nervous disease and malingering: The status of psychosomatic concepts in nineteenth century medicine. *International Journal of Psychosomatics*, 31, 15-19.
- Merani, A.L. (1976). *Crítica de los fundamentos de la psicología*. España: Ediciones Grijalbo.
- Menninger, K.A. (1956). *Man against himself*. New York: Harcourt.
- Miller, E. (1988). Defining hysterical symptoms. *Psychological Medicine*, 18, 275-277.
- Montero, M. (1989). El estudio psicológico de la ideología: Revelar u ocultar. *Boletín de AVEPSO*, 12(1-2), 28-42.
- Murphy, K.R. & Davidshofer, C.O. (1988). *Psychological testings: Principles and applications*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Nicolson, D. (1870). Feigned insanity; with cases. *Journal of Mental Science*, 15, 536-563.
- Phillips, D.C. (1990). Postpositivistic science. En E.G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 31-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-108.
- Rogers, R. (Ed.) (1988). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (1990b). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law*, 18, 323-333.
- Rogers, R., Gillis, J.R., & Bagby, R.M. (1990). The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- Rome, H.P. (1970). Malingering as crypto-suicide. En A.W.R. Sipe (Ed.), *Hope, psychiatry's commitment*. New York: Brunner & Mazel.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill*. New York: Aldine.
- Silvain, P.B. (1988). The defense analysis of malingering (Chart). *Personal Injury Law Defense Bulletin*, 3, 6.

- Spitzka, E.C. (1889). *Insanity, its classification, diagnosis and treatment*. New York: E.B. Treat.
- Swanson, D.A. (1985). Malingering and associated syndromes. *Psychiatric Medicine*, 2, 287-293.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.
- Yudosky, S. (1985). Conditions not attributable to a mental disorder. En H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1862-1865). Baltimore: Williams & Wilkins.