



SIMULACIÓN O ENGAÑO EN PSICOLOGÍA

Realizada por Sandra Varela

UNICISO
WWW.PORTALUNICISO.COM

© - Derechos Reservados UNICISO

CONCEPTOS

SIMULACIÓN

Es definida como “la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos muy exagerados motivada por incentivos externos” (APA, 2013).

ENGAÑO

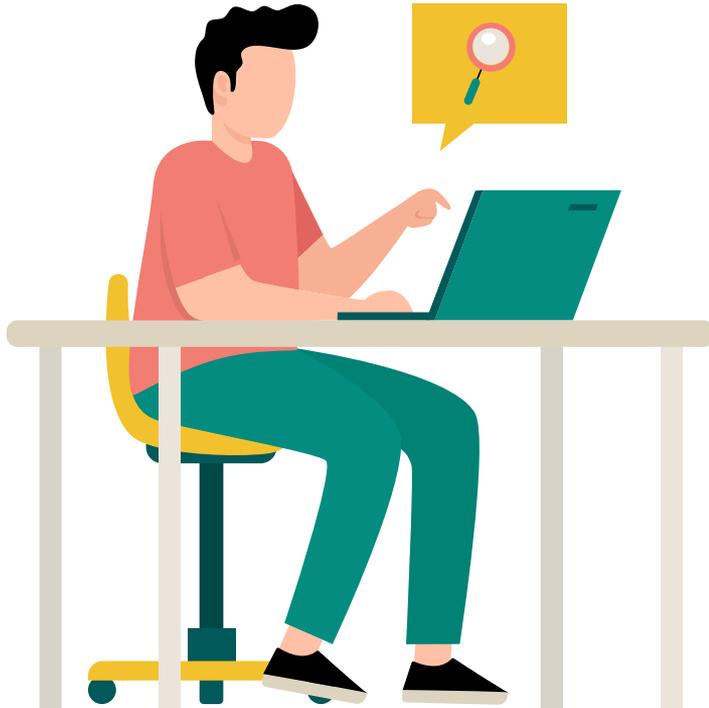
Es un término amplio para descubrir cualquier intento significativo de un individuo para distorsionar o falsificar la información.

DISIMULACIÓN



Es un término general para describir un extenso rango de distorsiones o falsificaciones de síntomas patológicos.

ESTILOS DE RESPUESTA



Falta de fiabilidad

Cuando se levantan sospechas respecto a la información reportada, este término es útil al enfrentarse con datos clínicos contradictorios.



No divulgación

Retención de la información, un individuo puede escoger libremente si revela información o se siente obligado por una demanda interna.

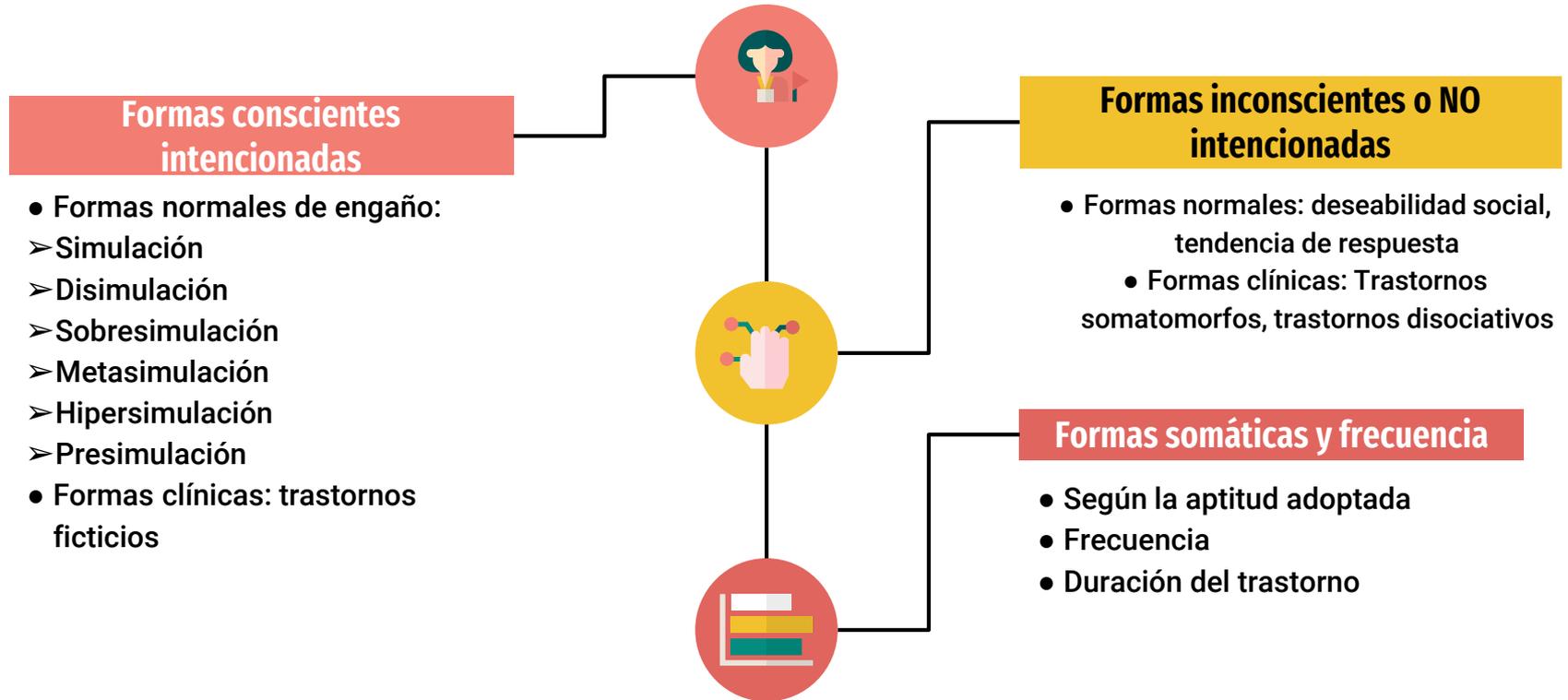


Apertura de sí mismo

Se refiere a que tanto revelan los individuos sobre su persona. Se considera que las personas tienen una gran apertura de sí mismos cuando demuestran un alto grado de franqueza.



Formas de simulación o engaño



Formas normales de engaño



Simulación

Cuando el sujeto finge de forma plenamente consciente y deliberada el padecimiento de una enfermedad.



Disimulación

Consiste en el intento por parte del enfermo mental de ocultar su sintomatología, se manifiesta en los paranoicos de delirio de persecución, hipochondriacos y celotípicos.



Sobresimulación

Forma de simulación que realiza un enfermo mental, pero padece un cuadro clínico diferente al que exhibe, sobre todo en casos de depresión mayor, celotípicos o estados paranoides.



Metasimulación

Prolongación conciencia de los síntomas de un trastorno mental verdadero que recientemente curó.



Hipersimulación

Exagerar el engaño en determinados momentos como observación médica pericial, vigilancia o presentación durante un juez.



Presimulación

Realizada por el individuo con anterioridad a la comisión del delito en forma llamativa con el fin de aducir trastorno mental al delito cometido.

TRASTORNOS FACTICIOS

Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos y psicológicos fingidos o producidos intencionalmente con el fin de asumir el papel de enfermo. Se codifica según el subtipo que refleja los síntomas predominantes.



Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos

Fingimiento intencional de síntomas psicológicos a menudo psicóticos. Se reconoce por amplio cortejo de síntomas que no pertenecen al patrón típico y que empeora cuando el individuo es observado.



Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos

Consiste en ingresar y permanecer en hospitales (síndrome de Munchausen). Predominan signos y síntomas de una enfermedad física.



Trastornos facticios con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos

Se produce cuadro clínico dramático atípico que no pertenece a una enfermedad física o mental identificable (incoherencia sindrómica). Síntomas y comportamientos que aparecen cuando el individuo es observado.
Consumo encubierto de fármacos.
Múltiples intervenciones quirúrgicas.
Nueva patología una vez las exploraciones iniciales resultan negativas.

FORMAS INCONSCIENTES O NO INTENCIONADAS



Deseabilidad social

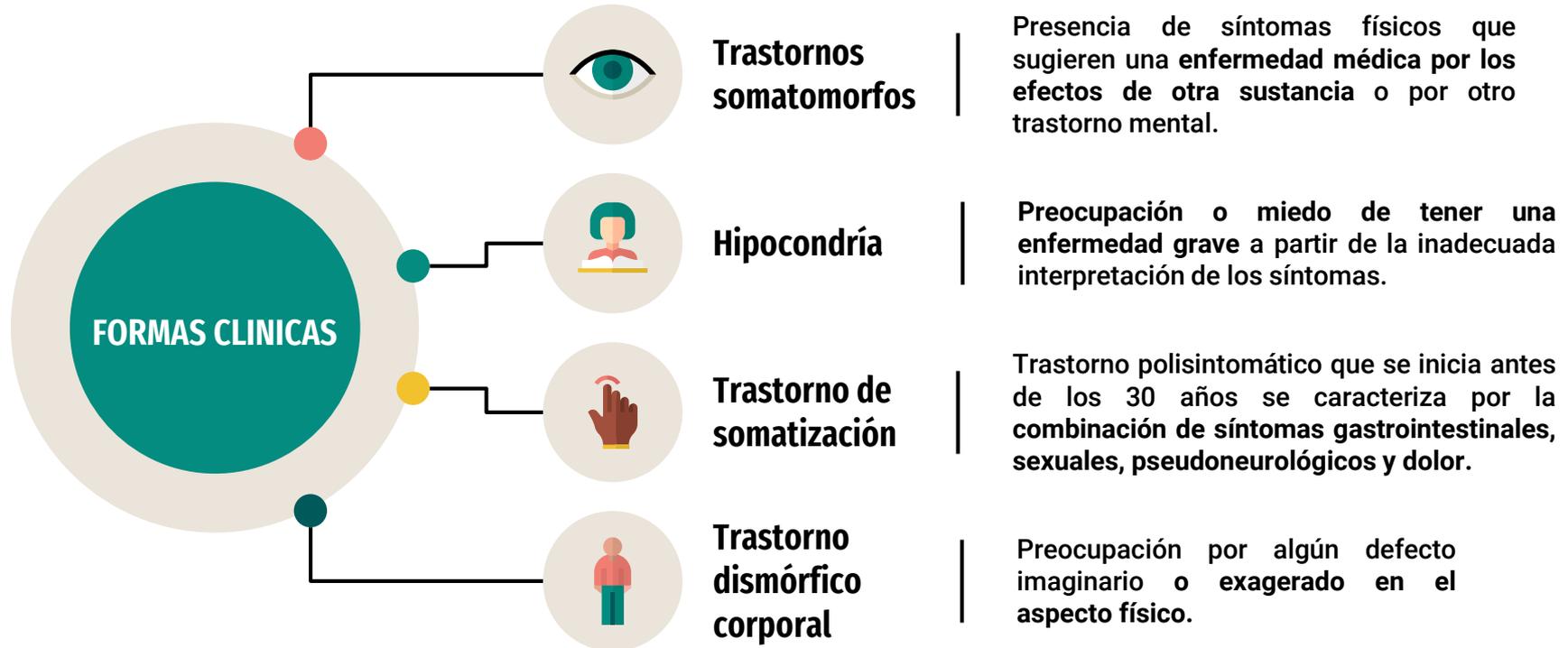
Se manifiesta cuando el individuo contesta a las cuestiones planteadas pensando en la imagen que él mismo desea dar y su comportamiento social está regulado por la imagen que tienen de él mismo.

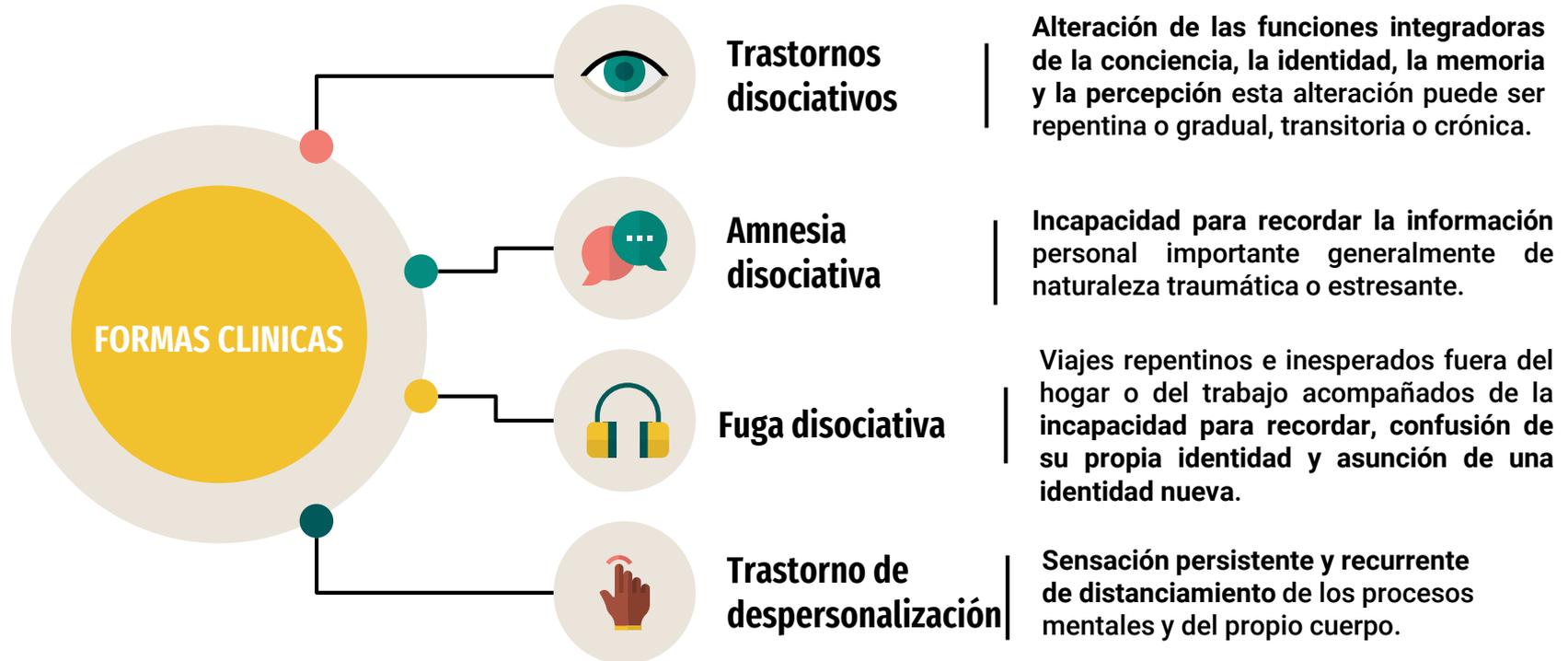


Tendencia de respuesta

Esta forma se refleja en las técnicas psicológicas en las que se presentan las posibilidades de respuesta “sí” o “no”, en donde suelen contestar de dos maneras:

1. Asentimiento: es la tendencia del sujeto a responder afirmativamente a las preguntas formuladas con independencia del contenido de la pregunta que le formule.
2. Cuando involuntariamente se elige los términos medios o centrales de las escalas.





FORMAS SOMÁTICAS Y FRECUENCIA

Según la actitud adoptada por el simulador

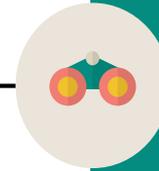


Pasivos: Negativismo, no hacer nada, dejar pasar el tiempo

Activos: Manifestaciones de agitación psíquica, motriz y desordenada (gritos, estorsiones, agresiones).

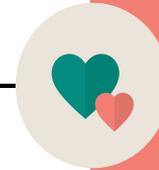
Estuporosos: Mirada fija y mutismo.

Según la frecuencia



En la población reclusa es más frecuente los síndromes alucinatorios, delirantes y maniacos, en una frecuencia menor los síndromes depresivos, confusionales y trastornos de la personalidad. En el ámbito laboral en forma de hipersimulación y metasimulación.

Duración del trastorno simulado



Depende de la voluntad y las características psicológicas del simulador y la prontitud con que el individuo es reconocido y descubierto

PSICOSIS SIMULADA



La detección de la psicosis simulada requiere tiempo y esfuerzo, el grado de dificultad depende de la habilidad y el conocimiento del simulador.



INDICADORES DE SIMULACIÓN:

Inconsistencias marcadas o contradicciones.
Exageración dramática
Acciones evasivas
Frecuentemente repite las preguntas



Obtener sustancias controladas.
Obtener alojamiento o alimentación
Obtener compensación por discapacidad
Obtener compensación por daño psicológico

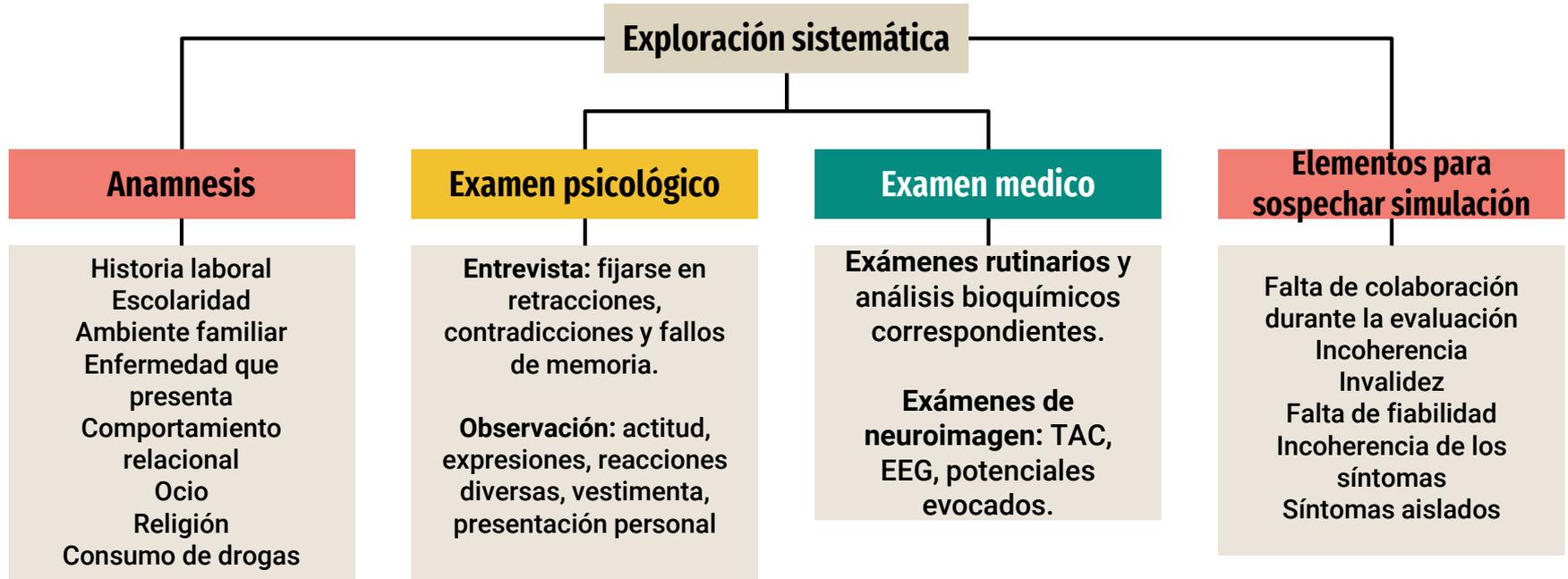


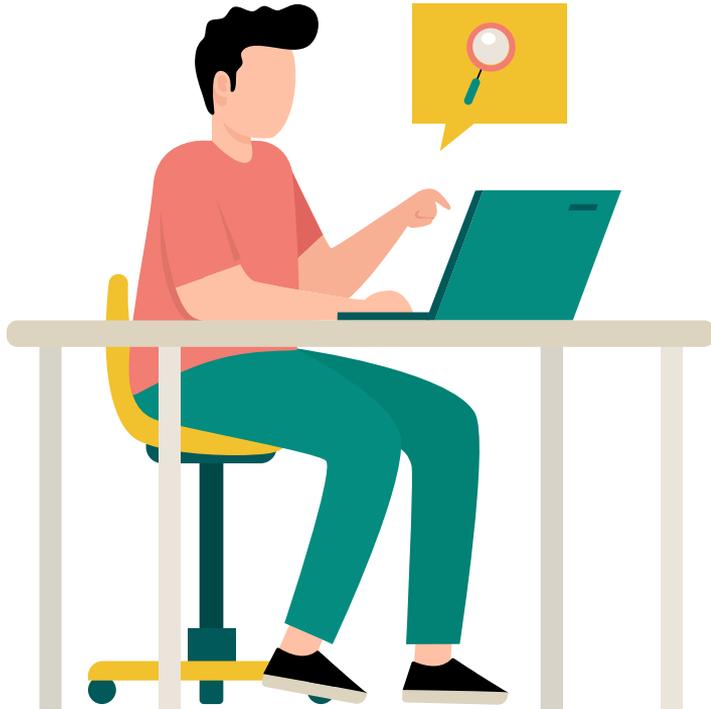
Evitar arresto judicial
Evitar procesamiento penal
Evitar la conscripción militar



EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN O DEL ENGAÑO







TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

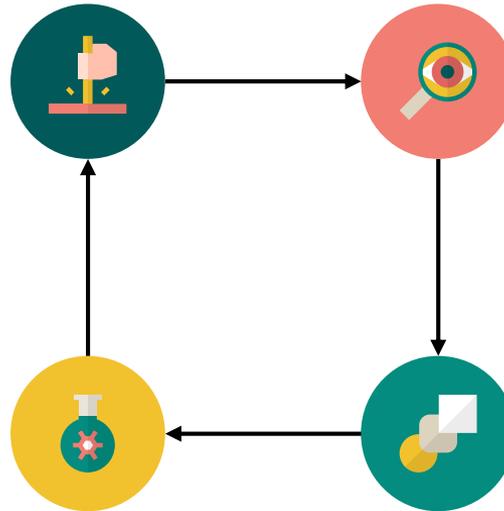
EVALUACIONES BREVES

	Características	
M-TEST (Beaber et al, 1985)	<ul style="list-style-type: none">• Inventario de autorreporte que contienen 33 reactivos verdadero o falso diseñado para detectar esquizofrenia simulada.	Está organizado por tres escalas: escala C (confusión), escala S (síntomas genuinos vinculados a la esquizofrenia) y escala M (síntomas espurios).
M-FAST (Miller, 2001)	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista breve de 25 reactivos diseñada para filtrar psicopatologías simuladas en el ámbito forense.	La M-FAST varía en la estructura de sus respuestas: 15 preguntas de verdadero o falso, cinco reactivos sobre frecuencia (siempre, a veces, nunca) y dos preguntas si o no.
SIMS (Widows y Smith, 2005)	<ul style="list-style-type: none">• Es un filtro de autoadministración de 75 reactivos verdadero o falso para detectar la simulación en contextos clínicos y forenses.	Los reactivos están organizados en cinco escalas que no se superponen, cada una contiene 15 preguntas diseñadas para reflejar los trastornos comúnmente fingidos: baja inteligencia, deterioro neurológico, psicosis y amnesia.

TÉCNICA DE POLÍGRAFO

Son principalmente usado por las pruebas gubernamentales y por el sistema judicial.

También se usan para **combatir fraude de seguros o casos civiles** que cuestionan hechos que no se pueden solucionar con evidencia física.



Es un aparato multicanal que amplifica y registra las señales fisiológicas del sistema nervioso autónomo, se pueden registrar tres tipos de información: respiración, presión arterial y sudor en las palmas de las manos.

Los exámenes de polígrafo se deben concebir como entrevistas realizadas por interrogadores calificados, las conclusiones se realizan al examinar la fuerza de las respuestas de un reactivo relevante vs. la respuesta de un reactivo no relevante.

CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD

MMPI-2 (Cuestionario de personalidad de Minnessota)	MCMI-IV (Inventario clinico multiaxial de Millon)	16 PF-5
		
<p>Tiene escalas de validez L (escala de sinceridad), F (consistencia y comprensión), K (medida de actitud), Y VRIN y TRIN en donde se pueden detectar si los datos contestados son válidos y fiables.</p>	<p>Describe patrones de personalidad según tres niveles: estilo normal, tipo anormal y trastorno clínico. Con las escalas de validez (V,X, Y, Z) donde se puede verificar los estilos de respuesta y si la prueba es aceptable, cuestionable o valida.</p>	<p>Mide la estructura de la personalidad en 16 factores, con las escalas de control MI (manipulación de la imagen), escala IN (infrecuencia) y escala AQ (aquiescencia). Destapa el intento de la persona de ofrecer una imagen distorsionada de sí misma e informa sobre la tendencia del sujeto de asentir sistemáticamente a la mayoría de las frases del cuestionario.</p>
<p>Autores: Butcher, James N., Dahlstrom, W. Grant, Graham, John R., Tellegen, Auke, and Kaemmer, Beverly</p>	<p>Autor: Theodore Millon</p>	<p>Autor 16PF-5: D. Arribas Autor 16PF : Raymont Cattell</p>

REFERENCIAS

González, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Editorial Ciencias Médicas.

Jiménez, F. (2009). Evaluación psicológica forense. Ciencias de la seguridad Universidad de Salamanca.

Rogers, R y Bender S. (2019). Evaluación clínica de la simulación y el engaño. Manual Moderno



© - Derechos Reservados UNICISO

CITA DE LA GUÍA

Varela, S. (2023). Simulación o engaño en psicología. UNICISO.
Disponible en: www.portaluniciso.com

SÍGUENOS:



CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo, including icons by Flaticon, and infographics & images by Freepik.

UNICISO
WWW.PORTALUNICISO.COM

© - **Derechos Reservados UNICISO**