

Validez de síntomas y detección de la simulación en el TEPT

Cómo se evalúa, qué miden realmente los tests y cómo se plasma en el informe pericial

Curso: Evaluación forense del TEPT · **Clase 3**

Docente: Prof. Esteban Puente López — Doctor en Ciencias Forenses

Esta es una de las áreas más decisivas y peor resueltas de la práctica pericial. En lo forense no observamos el trastorno directamente: dependemos de cómo la persona *presenta e informa* su sintomatología. Por eso, junto a la hipótesis del diagnóstico, siempre hay que evaluar —y descartar de forma fundamentada— que esa presentación no sea válida. Esta guía ordena los conceptos, las pruebas y el procedimiento para hacerlo bien.

CONTENIDO

- 1 Por qué evaluar la validez de síntomas es obligatorio** — el sistema de hipótesis y el incentivo externo como factor de riesgo
- 2 La idea que ordena todo: no toda exageración es simulación** — el constructo paraguas y los sesgos de respuesta
- 3 Qué es —y qué no es— la simulación** — definición, conceptos vecinos y por qué los criterios del DSM no sirven
- 4 Qué miden realmente los tests** — SVT, PVT, independientes vs. integrados, y el límite del juicio clínico
- 5 Sensibilidad y especificidad** — las dos métricas que hay que dominar para elegir y combinar pruebas
- 6 Catálogo de pruebas, categorizado** — qué usar, qué combinar y qué evitar
- 7 El proceso estructurado de evaluación** — del primer indicio a la conclusión, y cómo redactarlo
- 8 Advertencias prácticas y casos límite** — secuencia, tiempos, menores, factores moduladores
- 9 Glosario español-inglés**

Material de estudio de la Academia Pericial CESP. Por seguridad de los instrumentos, este documento no reproduce ítems ni puntos de corte concretos: trabaja sobre la lógica de cada prueba. Los puntos de corte se aplican según el manual de cada test en su versión correspondiente.

1 · Por qué evaluar la validez de síntomas es obligatorio

El punto de partida es una limitación estructural de toda evaluación psicológica: **no medimos el trastorno, medimos lo que la persona nos informa y cómo se presenta.**

Nuestras conclusiones dependen de la apertura de la persona, de la precisión con que responde y, en pruebas de rendimiento, de su esfuerzo sincero y sostenido. Eso hace que el resultado sea vulnerable a una alteración del estilo de respuesta, sea intencionada o no. En clínica esto rara vez es un problema; en lo forense, es el centro del trabajo.

El sistema de hipótesis

El informe pericial siempre se construye contrastando hipótesis. En la evaluación del TEPT eso significa sostener dos a la vez:

Hipótesis	Qué afirma
Principal El diagnóstico	La persona presenta un cuadro que cumple los criterios de un trastorno determinado (p. ej., TEPT), y esa presentación es válida.
Alternativa Información de síntomas inválida	La presentación que observamos no corresponde con lo que la persona genuinamente padece. Esta hipótesis es de evaluación obligada : hay que abordarla siempre y poder declarar ante el tribunal que se ha descartado.

Idea clave
La hipótesis alternativa correcta **no es** "simulación", sino **"información de síntomas inválida"**, un constructo más amplio que *incluye* la simulación pero también otras explicaciones. Plantearla así evita el error de saltar directamente a "está mintiendo".

El incentivo externo: un factor de riesgo, no una sentencia

Lo que diferencia al contexto forense del clínico es la presencia de un **incentivo externo**: por estar dentro de un proceso, la persona puede obtener un beneficio si convence al perito (una indemnización, una baja, una eximente o atenuante penal, una prestación, etc.).

	Contexto clínico	Contexto forense
Por qué acude	Voluntariamente, a pedir ayuda.	Citado/a dentro de un proceso.
Qué gana	Recibir tratamiento; no tiene motivo para falsear.	Un beneficio externo si el perito le cree.
Implicación	El sesgo es poco probable.	El sesgo es <i>más probable</i> y debe descartarse activamente.

Definición · Factor de riesgo
Variable cuya presencia **incrementa la probabilidad** de que ocurra un evento, pero **no establece relación causal**. El contexto forense no *causa* que las personas falseen; hace más probable que alguien lo haga. Por eso debemos evaluarlo, no presuponerlo.

Error que hay que evitar
Desconfiar sistemáticamente de quien tenemos delante. La neutralidad es innegociable: nuestro trabajo no es "pillar mentirosos", es **contrastar hipótesis**. Evaluar la validez de síntomas no culpabiliza a la víctima; al contrario, da precisión y protege a quien genuinamente padece el trastorno, porque permite acreditarlo con rigor.

La simulación se aborda como un diagnóstico diferencial

La simulación no es un diagnóstico, pero el proceso para evaluarla funciona igual que un diagnóstico diferencial: a partir de la evaluación se construyen varias hipótesis explicativas (trastorno genuino, exageración, simulación, otras), se busca evidencia para cada una y se van descartando hasta quedarse con la que la evidencia sostiene.

2 · No toda exageración es simulación

Si hay una sola frase que llevarse de esta clase, es esta. La exageración de síntomas es un hallazgo frecuente en lo forense, pero tiene **muchas causas posibles**, y la simulación es solo una de ellas.

Cuando observamos un falseamiento, una exageración o una alteración del estilo de respuesta, el reflejo de pensar automáticamente "simulación" es incorrecto. El concepto correcto, más amplio, es el de **información de síntomas inválida**.

Constructo paraguas

Información de síntomas inválida (invalid symptom reporting): la presentación o el informe de síntomas de la persona no es creíble ni válido. Es el concepto que engloba todo lo demás. Dentro de él caben la simulación, los trastornos somatomorfos, los estilos de respuesta no intencionados, la disimulación, etc.

Dos direcciones del sesgo de respuesta

El estilo de respuesta es, simplemente, *cómo* una persona responde a una prueba. Cuando ese estilo distorsiona la información, puede ir en dos direcciones opuestas:

Dirección	Nombre técnico	Qué hace la persona
Hacia arriba sobre-reporte	Sesgo de respuesta negativa	Magnifica, exagera o inventa síntomas. Es el terreno de la simulación y lo que miden los test como el SIMS.
Hacia abajo infra-reporte	Sesgo de respuesta positiva	Minimiza u oculta síntomas. Es el terreno de la disimulación .

Resuelve una confusión habitual

"Simulación" se asocia a exagerar y "disimulación" a minimizar — y ambas comparten la nota de intencionalidad y orientación al incentivo. Pero la disimulación **queda fuera** de esta guía: hoy no disponemos de instrumentos suficientes para evaluarla en profundidad (las escalas integradas funcionan de forma irregular; el test Gibson está en desarrollo y adaptación). Por eso el foco es la simulación.

Un dato que rompe el mito de "esto solo pasa en lo forense"

La alteración de la información de síntomas no es exclusiva del contexto forense. En un metaanálisis sobre población **clínica** (no forense), la prevalencia de resultados positivos en el SIMS se situó en torno al **36%**. Es decir: incluso fuera de un proceso judicial, una proporción relevante de personas altera su presentación de síntomas, por motivos muy variados. La invalidez es un fenómeno general; lo que cambia en lo forense es la probabilidad y las consecuencias.

3 · Qué es —y qué no es— la simulación

Definición
Simulación (malingering): producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos —por invención, exageración flagrante o cualquier otra tergiversación flagrante—, motivada por la obtención de un incentivo externo.

Los dos rasgos que la definen

Rasgo	Qué significa
1. Intencionalidad	La persona sabe lo que hace y tiene la intención de engañar. Siempre es intencional. Si la producción de síntomas no es intencional, ya no es simulación: es otra cosa.
2. Incentivo externo	Está orientada a obtener un beneficio externo (económico, evitación de un deber, ventaja legal...). No es cualquier ganancia: el incentivo <i>interno</i> queda excluido.

Tipo de incentivo	Ejemplos
Externo (simulación)	Indemnización, baja por incapacidad, prestación por discapacidad, eximente o atenuante penal, acceso a medicación o servicios, evitación del servicio militar o de sanciones.
Interno (NO es simulación)	La recompensa psicológica de asumir el "rol de enfermo" y los beneficios asociados a estar enfermo. Apunta a procesos de identificación con la enfermedad, no a un objetivo material.

Por qué no se usan "sobre-simulación", "parcial", "posible" o "probable"

La literatura distingue simulación (inventar de cero) de sobre-simulación (exagerar sobre una condición ya existente), y añade etiquetas como parcial, pura, posible o probable. **A nivel teórico la distinción es correcta. A nivel pericial no aporta nada.**

- **La implicación es idéntica:** tanto si la persona inventa como si exagera, su presentación está alterada y el informe ya no puede garantizar que la sintomatología observada corresponda a un trastorno padecido.
- **No es distinguible con nuestra metodología:** separar simulación de sobre-simulación solo es posible si se cuenta con un diagnóstico previo, certero y establecido fuera del contexto forense, contra el que contrastar la gravedad informada. Sin ese diagnóstico previo, es imposible.
- **Confunde al tribunal:** "posible" frente a "probable" obliga a explicar diferencias porcentuales que no procede trasladar a un informe. La recomendación es hablar de **simulación**, sin gradientes.

Por qué los criterios del DSM para simulación no sirven
El DSM propone sospechar simulación ante la combinación de: contexto médico-legal, discrepancia entre quejas y hallazgos objetivos, falta de cooperación y presencia de trastorno antisocial. El problema es que **no discriminan**: salvo la discrepancia (el único criterio que se sostiene), los demás describen rasgos *comunes* del propio contexto forense, no rasgos *distintivos* de la simulación.
La idea de que los trastornos del clúster B (histriónico, narcisista, antisocial) tienden más a falsear está además desmentida por revisiones recientes (equipo de Merckelbach): los estudios que hallaban correlación confundían correlación con causalidad. Un buen criterio debe servir para **distinguir entre poblaciones**; estos no lo hacen.

Mapa de conceptos vecinos (que NO son simulación)

Concepto	Diferencia con la simulación
Trastornos somatomorfos / de conversión	La persona produce o informa síntomas que no se corresponden con una condición real, pero los vive como reales : no hay intención de engañar.
Trastorno facticio	Hay producción intencional de síntomas, pero el incentivo es interno (rol de enfermo), no externo.
Estilos de respuesta no intencionados	Cansancio, saturación, estilo inatento o aquiescencia (responder a todo "sí") por baterías demasiado largas: alteran la información sin intención.
Desconocimiento de los propios síntomas	La persona describe mal lo que siente (p. ej., relata ansiedad como "depresión") por falta de conocimiento o por información buscada en internet.
Disimulación	Va en dirección opuesta: minimiza u oculta síntomas (sesgo de respuesta positiva).

4 · Qué miden realmente los tests

El malentendido más caro de la práctica pericial

Ningún test psicométrico mide simulación. Ni el SIMS, ni el TOMM, ni ningún otro. Un test no puede medir intencionalidad ni orientación al incentivo, que son justamente los dos rasgos que definen la simulación. Concluir "positivo en el SIMS = está simulando" es mala praxis.

Lo que un test de validez detecta es un **sesgo de respuesta negativa**: una señal de alarma de que la información de síntomas no es creíble ni válida. Interpretar esa señal como *falsedad* exige una inferencia adicional sobre intencionalidad y motivación que el test no aporta y que requiere todo el proceso de evaluación.

Dos familias de instrumentos según lo que evalúan

Sigla	Qué es	Qué mide
SVT	Test de validez de síntomas (symptom validity test)	Sesgo de respuesta negativa: el sobre-reporte o exageración de síntomas psicopatológicos. Detecta perfiles mucho más severos de lo que sería esperable en una patología genuina. Ámbito psicopatológico.
PVT	Test de validez de rendimiento (performance validity test)	Sesgo de respuesta negativa en forma de bajo rendimiento (under-performance): un desempeño en memoria/atención muy por debajo de lo esperable incluso en población clínica. Ámbito neuropsicológico.

En el TEPT, especialmente en el TEPT complejo (con sintomatología de corte neuropsicológico), conviene incorporar también un PVT, además del SVT.

Dos formatos según cómo se presentan

Formato	Característica	Ejemplos
Independiente free-standing	Su única misión es medir sesgo de respuesta negativa. No da perfil clínico.	SIMS, IOP-29 (síntomas); TOMM (rendimiento).
Integrado	Es un test clínico que <i>además</i> incorpora escalas de validez. Da perfil psicopatológico y validez a la vez.	MMPI-2-RF, PAI, Millon (MCMI).

Regla de oro

Un test de validez **nunca se aplica en solitario**. Para evaluar algo en psicología nunca basta un test, y mucho menos la simulación. Siempre se combinan varios instrumentos más la entrevista.

El juicio clínico "a ojo" no detecta el engaño

La intuición no funciona, y los datos son contundentes. La precisión para detectar engaño se mantiene **cercana al azar** ("near chance", como lanzar una moneda) tanto en población general como en profesionales:

Quién detecta	Precisión al detectar mentira/engaño
Población general (personas no expertas)	≈ 53,6 %
Profesionales (jueces, abogados, psicólogos forenses, policía, inteligencia, médicos...)	≈ 56,3 %
Detección de simulación "a ojímetro"	≈ 55 %

La diferencia entre legos y expertos es mínima: todos rondan el azar. De ahí la necesidad de instrumentos psicométricos especializados (SVT y PVT) y de un procedimiento estructurado.

5 · Sensibilidad y especificidad

Son las dos métricas que permiten valorar, elegir y combinar instrumentos. Hay que dominarlas, porque las recomendaciones de hoy pueden quedar desactualizadas y entonces habrá que decidir con criterio propio cuál usar.

Para fijarlas, imaginemos dos grupos: **simuladores** y **pacientes** genuinos (p. ej., de TEPT). El "evento" que el test quiere detectar es la simulación.

Métrica	Qué mide	En una frase
Sensibilidad	Que el test clasifique al simulador como simulador .	Detecta el fenómeno (capta a quien sí simula).
Especificidad	Que el test clasifique al paciente como paciente (ausencia del fenómeno).	Detecta la ausencia del fenómeno (no marca como simulador a quien no lo es).

Por qué importa esta distinción

Un test puede ser muy bueno detectando simuladores (alta sensibilidad) y, a la vez, malo evitando marcar erróneamente a pacientes genuinos (baja especificidad). Si solo miramos la sensibilidad, corremos el riesgo de clasificar a víctimas reales como simuladoras. Las dos métricas se leen juntas.

El caso del SIMS: por qué obliga a combinar

El SIMS es un instrumento de **screening**: tiene **alta sensibilidad** (detecta muy bien a los simuladores) pero **especificidad limitada** (clasifica peor a los pacientes genuinos, con una tasa de falsos positivos algo alta). En un estudio típico clasificó correctamente a ~96% de simuladores pero solo a ~75% de pacientes.

La consecuencia práctica

No se trata de "aplicar el SIMS y, si da positivo, profundizar después" en una segunda cita —eso es perder tiempo y recursos—. Se trata de **aplicar desde el inicio dos instrumentos que se complementen**: que no se solapen y que compensen las debilidades de uno con las fortalezas del otro. Concretamente, el SIMS (fuerte detectando simuladores) se combina con un instrumento fuerte clasificando pacientes.

El efecto de combinar bien es grande: añadir el IOP-29 al SIMS apenas cambia la detección de simuladores (que ya era excelente), pero **eleva la correcta clasificación de pacientes de ~75% a ~92%**. Junto con la entrevista, se alcanza una precisión muy alta.

6 · Las pruebas, categorizadas

Resumen operativo de qué usar. La leyenda de recomendación aparece como etiqueta en cada prueba.

- Recomendado
- Con cautela / en desarrollo
- No recomendado para validez

A · SVT independientes (free-standing) — sobre-reporte de síntomas

Prueba	Estatus	Qué es / qué aporta	Uso práctico
SIMS Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas	Recomendado	El SVT más conocido. 75 ítems verdadero/falso. Detecta sesgo de respuesta negativa. Screening: muy sensible, especificidad limitada. Estable desde 1997 (que no se haya revisado indica que cumple bien su función).	Incorporarlo siempre . Rápido (~14–15 min). Adaptado en población española y latina (mismo punto de corte; aún poco estudiado en Latinoamérica, usar con precaución). Las subescalas internas apenas se usan: orientar mejor el "tipo" de síntoma con la entrevista.
IOP-29 Inventario de Problemas–29	Recomendado	Diseñado por Giromini y Viglione para complementar al SIMS, no sustituirlo: mira otros estilos de respuesta ligados a invalidez. 29 ítems (verdadero/falso, ítems sin sentido y 2 de tipo rendimiento).	La combinación SIMS + IOP-29 es la recomendación central: mejora notablemente la clasificación de pacientes (~75% → ~92%). Tiene validación al castellano (buscar "IOP-29 Spanish validation").
SIRS-2 Entrevista estructurada (Rogers)	Casos puntuales	Entrevista de ~180 ítems específica para invalidez de síntomas. Muy buena por su autor, pero muy larga (~1,5 h) y se solapa con la entrevista clínico-forense.	Reservada para casos complicados que persisten sin resolverse tras la batería habitual. Sin evidencia suficiente en español ni en Latinoamérica.
M-FAST Entrevista breve (Miller)	Prometedora, sin evidencia	Versión reducida de la entrevista de Rogers: 25 preguntas integrables en la entrevista clínico-forense. Muy rápida (~5–10 min).	Atractiva por su brevedad, pero todavía sin estudios sólidos en España ni Latinoamérica. Conocerla y seguir su desarrollo.

B · SVT integrados — perfil clínico + escalas de validez

Prueba	Estatus	Qué es / qué aporta	Uso práctico
MMPI-2-RF Minnesota	Recomendado	El test con más evidencia empírica a nivel mundial . Perfil psicopatológico (368 ítems) más varias de las escalas de validez más eficaces que existen (funcionan como un "mini-SIMS" repartido en escalas).	Tedioso y largo de administrar (40–90 min). Para validez, no usar una sola escala: combinar las que mejor discriminan (familia F-r/Fp-r y RBS). El MMPI-2 en español rinde algo peor que la versión internacional.
PAI Inventario de Evaluación de la Personalidad	Recomendado	Perfil psicopatológico con 4 escalas de validez. Útil tanto en clínica como en forense.	Interpretar con el punto de corte más alto / más conservador , que es el que exige el contexto forense.
Millon (MCMI-III / IV)	No para validez	Buen perfil clínico (más corto, ~195 ítems en la v.IV), pero sus escalas de validez no fueron concebidas con lógica forense y funcionan mal.	Útil para perfil psicopatológico y se complementa bien con la entrevista; desaconsejado como instrumento de validez de síntomas.
MMPI-3	Aún sin evidencia local	Versión mejorada (escalas de validez algo más refinadas), rinde muy parecido al 2-RF.	Todavía sin evidencia suficiente en español/Latinoamérica: aún no usar para validez en lo forense.
Cuestionario de Impacto del Trauma	Excelente, pendiente de adaptación	Específico para evaluar cómo impacta el trauma (intrusión, evitación, cogniciones, activación, áreas internalizantes/externalizantes...). Excelente para el TEPT; incluye 2 escalas de validez (cortas).	Muy recomendable para TEPT cuando esté adaptado a Latinoamérica . Tener fichado el nombre y seguir su disponibilidad.

C · PVT — validez de rendimiento (neuropsicología)

Prueba	Ámbito	Qué hace
TOMM Test de Simulación de Problemas de Memoria	Neuropsicología	No mide memoria: mide invalidez del rendimiento en memoria (under-performance). Su nombre induce a error igual que el del SIMS.
Otros PVT Test de la moneda en la mano, Figura de Rey, índices integrados del WAIS/WMS	Neuropsicología	Misma filosofía que los SVT, aplicada al rendimiento. Incorporarlos cuando la evaluación tenga componente neuropsicológico.

Lo más estudiado en el contexto iberoamericano

A nivel de validez de síntomas, los instrumentos con más evidencia en el ámbito iberoamericano son el **SIMS** y el **MMPI-2-RF**. El PAI, el SCL-90, el Millon y el 16-PF tienen escasa evidencia *como herramientas de validez* (otra cosa es su valor como test psicopatológicos). En Latinoamérica la evidencia aún es limitada (estudios en Colombia, México y Puerto Rico), de ahí la cautela.

7 · El proceso estructurado de evaluación

El objetivo no es solo llegar a una conclusión, sino llegar de forma **transparente y reproducible**: que el tribunal —y una eventual contrapericia— pueda ver cada paso de cómo se descartó todo lo demás.

Insumos mínimos del proceso

Análisis documental completo del caso (todos los antecedentes) · entrevista clínico-forense especializada (p. ej., modelo García-Fariña, configurada para detectar inconsistencias) · observación · pruebas de validez de síntomas (y de rendimiento, si procede).

El flujo, paso a paso

1 Plantear las hipótesis. Hipótesis principal: el diagnóstico (p. ej., TEPT) es válido. Hipótesis alternativa obligada: **información de síntomas inválida** (que incluye la simulación).

2 Recoger evidencia en dos frentes.

- **Entrevista clínico-forense** → buscar **inconsistencias convincentes**: entre lo que la persona narra y la coherencia interna del trastorno; entre su relato y cómo se produjo el evento; entre lo informado y la documentación previa.
- **Psicometría** → buscar **sesgo de respuesta negativa** (positivo en SVT como SIMS + IOP-29; escalas de validez del MMPI-2-RF).

3 ¿Hay evidencia de invalidez? Si no la hay → se completa el diagnóstico diferencial, se identifica el cuadro y se descarta la hipótesis alternativa. Si sí la hay → ya no se puede descartar: hay que investigarla.

4 Evaluar la intencionalidad — descartar lo NO intencional. Antes de pensar en engaño, descartar explicaciones sin intención:

- Trastornos somatomorfos / de conversión (síntomas vividos como reales).
- Factores del proceso de evaluación: baterías excesivas, cansancio, estilo inatento, aquiescencia.
- Desconocimiento de los propios síntomas.

5 Evaluar la orientación al incentivo. Si la producción es intencional, distinguir incentivo **interno** (trastorno facticio → descartar) de incentivo **externo**.

6 Confirmar la simulación — nunca por descarte. Aunque todo lo demás se haya descartado, la simulación **debe confirmarse** positivamente con los criterios del recuadro siguiente. No vale "como descarté todo lo demás, tiene que estar simulando".

Criterios de confirmación de la simulación (adaptación al castellano)

A · Incentivo externo presente. Identificar la fuente: indemnización, prestación por discapacidad, adaptaciones académicas o laborales, acceso a servicios o medicación, evitación de procesos judiciales, del servicio militar o de sanciones.

B · Presentación no válida en alguno de los dominios (neurocognitivo, somático, psiquiátrico o mixto), acreditada con: **(i)** una o más inconsistencias convincentes en la evaluación, y **(ii)** evidencia psicométrica de sesgo de respuesta negativa obtenida con SVT adaptados, con validez y métricas adecuadas.

C · Discrepancias entre la historia natural del trastorno, los registros, los informes colaterales y la documentación del caso.

D · Descarte de las explicaciones psicopatológicas y neuropsicológicas alternativas (somatomorfo, facticio, cuadros del espectro de la esquizofrenia, etc.) que pudieran explicar la invalidez.

Cumplidos A, B (i y ii), C y D, la conclusión es **simulación de síntomas** (p. ej., psiquiátricos).

Cómo plasmarlo en el informe

- Crear un apartado específico de **validez de la sintomatología**.
- Redactarlo **en positivo** y paso a paso: "se obtiene evidencia de... aquí se obtiene evidencia de...; se evalúan las hipótesis A, B, C, D; se confirma / se desconfirma cada una".
- Cerrar mostrando que la conclusión de simulación se sostiene **porque todas las demás explicaciones de la invalidez se evaluaron y descartaron**. Esta transparencia es lo que blinda el informe ante una contrapericia.

8 · Advertencias prácticas y casos límite

Secuencia de administración: ¿entrevista o psicometría primero?

Hay dos enfoques válidos, ambos con evidencia. Aplicar primero la psicometría permite identificar fallos e inconsistencias para luego confrontarlos en la entrevista; pero administrar la psicometría antes también puede "educar" a la persona sobre qué síntomas existen y distorsionar la entrevista (postura del equipo de Ramón Arce). **Recomendación prudente:** entrevista → psicometría → y, si es necesario, una **segunda entrevista** para confrontar inconsistencias.

Tiempos de evaluación

El óptimo es **1,5 h**; el máximo, **2 h**. A partir de ahí decae la atención y se introducen alteraciones del estilo de respuesta. Las baterías largas (un MMPI puede llevar de 40 min a 1,5 h por sí solo) **se dividen en sesiones**; nunca se administran "del tirón" hasta agotar a la persona, porque eso mismo invalida los resultados.

Menores de edad

No existe metodología validada para evaluar distorsión de síntomas en menores. Toda la literatura es de adultos; las versiones "adolescentes" cubren a lo sumo 16–18 años. En menores, la teoría de la mente no está plenamente desarrollada y el concepto de mentira es distinto. **Llegar a una conclusión específica de simulación en menores es, hoy, prácticamente imposible.**

Factores moduladores y patología subyacente

Un perfil de invalidez puede reflejar un **estado**, no un rasgo. Ejemplo: en víctimas de acoso laboral es frecuente que la escala de ideación paranoide salga elevada, no porque la persona sea paranoide, sino porque el estado de suspicacia es coherente con su situación. De igual modo, un sobre-reporte puede coincidir con síntomas consistentes con una patología subyacente real (p. ej., del espectro de la esquizofrenia): en contexto clínico, eso orienta la intervención; en lo forense, obliga a analizarlo con conocimiento psicopatológico y a verificar su coherencia antes de concluir. No existe aún una guía cerrada de cómo interactúan estos factores: se resuelve con criterio clínico-forense.

Seguridad del instrumento

Nunca difundir puntos de corte ni ítems de los tests. Quien conoce cómo puntúa o responde un instrumento puede alterar su presentación de forma deliberada e indetectable. Mantener esta información en el ámbito pericial y formativo cerrado; no publicar puntuaciones.

9 · Glosario español-inglés

Equivalencias útiles para localizar literatura internacional, en su mayoría anglosajona.

Español	Inglés / nota
Información de síntomas inválida (constructo paraguas)	Invalid symptom reporting
Validez de la información de síntomas	Symptom validity
Sesgo de respuesta negativa (sobre-reporte)	Negative response bias / over-reporting
Sesgo de respuesta positiva (infra-reporte)	Positive response bias / under-reporting
Simulación	Malingering
Disimulación	Defensiveness / faking-good
Inconsistencias convincentes	Compelling inconsistencies
Bajo rendimiento	Under-performance
Test de validez de síntomas (SVT)	Symptom Validity Test
Test de validez de rendimiento (PVT)	Performance Validity Test
Independiente	Free-standing
Cercano al azar	Near chance
Incentivo externo / interno	External / internal incentive

Academia Pericial CESP — Curso de Evaluación Forense del TEPT · Clase 3 · Prof. Esteban Puente López.
Documento de estudio. No reproduce ítems ni puntos de corte de los instrumentos por seguridad del test; los valores se aplican según el manual de cada prueba en su versión correspondiente.