

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

**SIMULACIÓN Y EXAGERACIÓN DE SÍNTOMAS: UTILIDAD
DEL INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE
SÍNTOMAS (SIMS)**

ALUMNA: CARLA CORTIJO ROMANI

DIRECTOR: LIC. OMAR MEJIA

Mendoza, 2016

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

- ***Presidente:***
- ***Vocal:***
- ***Vocal:***
- ***Profesor Invitado:*** Lic. Omar Mejia
- ***Nota:***

RESUMEN

En la presente tesina se realizará un análisis centrado en la simulación y exageración de síntomas, entendiendo por simulación al intento deliberado de mentir o engañar acerca de una patología, ya sea inventando o exagerando los síntomas de la misma.

La investigación se llevará a cabo utilizando el inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS), el cual permitirá detectar casos de simulación en personas con licencia laboral por parte de enfermo. Se buscará también en este estudio una correlación del inventario recientemente mencionado (SIMS) con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII III), de modo tal que permita realizar un análisis más exhaustivo de cada caso, llegando a conclusiones sumamente interesantes.

En la actualidad los casos por licencia laboral por parte de enfermedad mental, son un común denominador en la mayoría de las instituciones y empresas, por lo que hace interesante la siguiente investigación y sus resultados finales.

En la parte práctica de esta tesina se llevó a cabo la aplicación de entrevista anamnésica, inventario SIMS e inventario MCMII III a 67 personas, las cuales presentaron certificados médicos para lograr licencia laboral por enfermedades psiquiátricas, dichas técnicas se aplicaron con el fin de detectar casos de simulación de síntomas, luego se volcaron los resultados en una base de datos con el fin de identificar porcentajes de incidencia en el contexto laboral, por último se prestan las conclusiones de los análisis realizados.

ABSTRACT

In this thesis centered on simulation and analysis exaggeration of symptoms , meaning simulation deliberate attempt to lie or cheat about a pathology, either inventing or exaggerating the symptoms of it will be done.

The research was conducted using the structured inventory simulation symptoms (SIMS) , which will allow simulation detect cases in people with work in sick leave . A correlation of inventory recently mentioned (SIMS) will also be sought in this study with the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI III) so as to allow a more thorough analysis of each case , leading to very interesting conclusions

At present the case for labor license from mental illness , are a common denominator in most institutions and companies , by making the following interesting research and its final results .

In the practical part of this thesis it was conducted applying anamnestic interview, inventory and inventory SIMS MCMI III 67 people , which presented medical certificates to obtain employment leave for psychiatric illnesses , such techniques were applied in order to detect cases simulation of symptoms, then the results were fed into a database in order to identify incidence rates in the employment context , finally the conclusions of the analyzes are provided.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS: CONCEPTUALIZACIÓN

1.1. El concepto de simulación en el DSM	13
1.2. Ámbitos de simulación	15
1.3. Estrategias de detección de simulación	16
1.4. Signos para la detección de simulación	20

CAPÍTULO 2: INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS:

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS (SIMS)

2.1. SIMS: inventario estructurado de simulación de síntomas	29
2.1.1. descripción de las escalas y la puntuación total del SIMS	30
2.2. inventario multiaxial de Millon I(MCMI III)	31
2.2.1 Escalas de trastornos mentales	33
2.2.2. Escalas de síndromes clínicos	40
2.2.3. Escalas de validez y tendencia de respuesta	45
2.3. Estado actual del tema	45

CAPÍTULO 3: LICENCIAS LABORALES: ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

3.1. Introducción	51
3.2. Noticias y opiniones cotidianas acerca de las licencias laborales en la actualidad	52
3.3. Enfermedad mental- licencia laboral	62

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4: MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

4.1. Justificación del Estudio	66
4.2. Objetivos e Hipótesis de la investigación	66
4.2.1. Objetivos de la investigación	66
4.2.2. Hipótesis de la investigación	67
4.3. Tipo de estudio	67
4.4. Muestra	68
4.5. Instrumento de Medición	68
4.6. Procedimiento	69
4.6.1. Procedimiento de recolección de datos	69
4.6.2. Procesamiento de los datos	69

CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra y análisis de resultados	71
---	----

CONCLUSIONES	82
DISCUSIÓN	89
Referencias bibliográficas	91
Apéndice: Base de datos	94

AGRADECIMIENTOS

Mis más profundos agradecimientos principalmente a Cali, mi mamá, por el apoyo, comprensión durante toda mi carrera, sin ella nada de lo que soy hoy podría haber sido posible, sin duda el alma más compañera que me dio la vida.

Agradezco a Pablo, mi papá, por su entusiasmo y sobre todo por contagiar ganas para concluir con este gran paso. Espero la promesa con ansias!

A Paula y Sebastián, mis hermanos mayores, gracias por enseñarme con palabras y mostrarme con hechos la importancia de llegar con éxito a las pequeñas y grandes metas propuestas por cada uno.

A Andrea, mi hermana, por su compañía permanente, por su apoyo, por su amistad, comprensión. Gracias hermana siempre!

A Mario, mi pareja, porque sus palabras y compañía siempre son las justas y en el momento mas indicado, gracias por el apoyo incondicional siempre mi amor!

A toda mi familia gracias y mil gracias por todo este apoyo recibido! Los amo con el alma!!!

Mi mayor agradecimiento al Lic. Omar Mejia, quien es el responsable de haber generado interés, entusiasmo e incentivo en este maravilloso trabajo. Gracias por su predisposición permanente. El mejor director de tesis que podría haber elegido!!

INTRODUCCIÓN

En la presente tesina se trata como primer instancia de conocer e investigar sobre la simulación de síntomas en personas que han conseguido licencias laborales por presentar parte de enfermos psiquiátricos. Cuando se entrevista a cada uno de los pacientes con dichas características, tendíamos a descansar en que la información que arrojan es honesta, pero bien, ¿Qué sucede si la información que nos brinda el paciente no es veraz?, ¿Qué ocurre si intenta buscar un beneficio secundario de su patología?. Esto puede suceder cuando la persona inventa, exagera o bien prolonga su patología en el tiempo y así lograr beneficios secundarios como licencias laborales, de ésta forma entonces, recibiría su sueldo sin tener que asistir a su trabajo.

Existen diferentes herramientas para evaluar si un sujeto está simulando o exagerando síntomas, en la presente tesina se pretende precisamente abordar la utilidad de una de las herramientas de screening (estrategia) más empleadas y relevantes a nivel internacional en detección de simulación de sintomatología, el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). A su vez se buscará una correlación de resultados con algunas escalas del inventario multiaxial de Millon (MCMI III) para una investigación más profunda en cada caso.

El objetivo de esta tesina es, por lo tanto, determinar la utilidad del SIMS y sus distintas escalas en diferentes patologías y contextos en una muestra donde se presentan licencias por parte de enfermedad mental, de forma que puedan establecerse criterios que ayuden a la detección de posibles simuladores de acuerdo a la evidencia empírica proporcionada.

La investigación se dividirá en dos grandes partes, la primera, tratará de un marco teórico donde se investiga sobre la simulación y exageración de síntomas y las herramientas utilizadas; la segunda, será dedicada a la investigación empírica utilizando una muestra de sesenta y siete casos.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS: CONCEPTUALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo se tratará de introducir a las conceptualizaciones relevantes sobre la simulación y exageración de síntomas. Pasando por conceptos, ámbitos posibles de simulación, estrategias para la detección de la misma y signos probables de detección.

1.1 El concepto de simulación en el DSM

En el DSM la simulación se sitúa bajo el epígrafe “otros problemas que pueden ser de atención clínica”, con el código Z [V], y no se considera un trastorno mental o una enfermedad psiquiátrica. Se define como:

La producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias la simulación puede representar un comportamiento adaptativo, por ejemplo: fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempos de guerra.

Esta definición resalta cuatro componentes clave: la invención o exageración de síntomas, la magnitud requerida, la finalidad utilitaria para obtener beneficios externos y la voluntad consciente del engaño.

El primer componente determina que la simulación puede ser debida tanto a la invención de síntomas falsos como a su exageración. Resnick (1997) diferenciaba, a este respecto, la simulación pura (fingimiento de un trastorno no existente) de la simulación parcial (exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado). Asimismo, Lipman (1962) clasificaba la simulación de síntomas como inventados (la persona no tiene ningún síntoma pero representa que lo tiene de manera engañosa), exagerados (la persona refiere síntomas más graves de los reales) o perseverados (los síntomas que en algún momento estuvieron presentes han cesado, pero se continúa alegando su presencia).

Es importante remarcar, por tanto, que se considera simulación, tanto su presentación en su forma más pura (no existe ningún síntoma y se inventan o generan), como en su forma parcial (existiendo algún síntoma se exagera, persevera o atribuye erróneamente).

El segundo componente (la magnitud requerida) remarca que lo que se pretende detectar es la asignación o reconocimiento de múltiples y muy marcados síntomas psicológicos. En otras palabras, no se considera simulación una leve exageración o una relación de síntomas aislados.

Los **otros dos componentes incluidos** en la definición del DSM, presencia de incentivos externos y requisito de intencionalidad, establecen criterios diferenciales con respecto a los trastornos facticios y somatomorfos, respectivamente. A diferencia de los trastornos facticios, que se caracterizan por la meta de asumir el papel de enfermo, en la simulación, el objetivo perseguido por la persona debe ser un beneficio externo. Ahora bien, la mera existencia de incentivos externos no excluye automáticamente el diagnóstico

de trastorno facticio, sino que ha de justificarse de un modo razonado, fundamentando las principales metas externas que se infiere que está siguiendo la persona evaluada.

En cuanto a los trastornos somatomorfos, la diferencia con la simulación viene marcada por el último componente requerido, la intencionalidad de la conducta. La simulación debe ser realizada intencional y conscientemente.

1.2. Ámbitos de simulación

Se puede considerar que existen tres grandes ámbitos o áreas de simulación: la simulación de trastornos mentales, la simulación de deterioro cognitivo y la simulación de síntomas físico-somáticos. Cada uno de ellos tiene sus particularidades, tanto en los métodos de detección como en las propias características de la simulación.

El simulador de trastornos mentales debe centrar su atención en crear un conjunto de síntomas creíbles y coherentes, incluyendo su comienzo y desarrollo, su grado de consciencia sobre los mismos, así como el nivel de impacto en su vida diaria. Por el contrario, el simulador de trastornos cognitivos no se centra tanto en esta organización de síntomas, sino en mostrarse incapaz de resolver tareas cognitivas, teniendo que determinar en qué medida falla (con qué frecuencia y en qué grado) y cómo le afecta a su vida diaria. Ante las tareas cognitivas, deben aparentar poner todo su esfuerzo en resolverlas y, aún así, fallarlas. Finalmente, la simulación de quejas médicas es más compleja que los otros dominios por la diversidad de formas en que

puede manifestarse. Puede centrarse en un único síntoma incapacitante (por ejemplo, dolor), puede retratar una constelación de síntomas relativamente comunes que causan malestar (por ejemplo, dolor de cabeza, fatigas y problemas gastrointestinales) o especializarse en síndromes complejos (por ejemplo, fibromialgia).

Aunque frecuentemente los simuladores entremezclan las áreas que simulan (por ejemplo, puede simular dolor junto con trastornos afectivos y alteraciones cognitivas), es importante destacar que, dadas las diferencias entre los dominios, las escalas de detección son relativamente específicas a cada uno de ellos. Esto es, los resultados negativos en un test de simulación psicopatológica no descartarán la presencia de simulación en las áreas cognitiva o médica o, a la inversa, su presencia no es reflejo de que el individuo esté simulando en todas ellas.

Los avances en el área de la detección de simulación de trastornos mentales y trastornos cognitivos han sido notables en los últimos años. No obstante, los progresos en el ámbito de la detección de la simulación de problemas médicos han sido sustancialmente menores, siendo un área que generalmente ha sido obviada en la investigación y considerada el próximo reto en este campo.

1.3. Estrategias de detección de simulación

En un escenario en el que la detección de la simulación se ha realizado tradicionalmente en función de criterios clínicos subjetivos y poco específicos (respaldados por la falsa creencia en el “ojo clínico” y en la experiencia), se

hace necesario establecer una lista sistemática y empíricamente verificable de qué características ha de cumplir una estrategia para poder ser considerada como de detección de la simulación.

En este marco de trabajo, una estrategia de detección puede ser definida como un método estandarizado, fundamentado conceptualmente y validado empíricamente, que permite la diferenciación sistemática de un estilo específico de respuesta (por ejemplo, exageración de síntomas) frente a otros (por ejemplo, respuesta honesta).

De esta conceptualización se desprenden los siguientes requisitos que debe cumplir una estrategia de detección de la simulación para considerarse válida:

A. Método estandarizado: ¿Está suficientemente operativizada la estrategia como para ser aplicada y corregida de forma fiable y sistemática? La aplicación o valoración subjetiva de reglas no detalladas carece del requerido rigor científico.

B. Fundamentada conceptualmente: ¿Está respaldada por un marco teórico o conceptual en el que se incluye? La justificación de la estrategia dentro de un marco teórico o conceptual es requisito indispensable para la construcción y desarrollo de un adecuado corpus científico.

C. Validada empíricamente: ¿Ha sido validada empíricamente usando la metodología establecida? Los métodos establecidos incluyen distintos tipos de diseños.

D. Diferenciación sistemática: Cuando se emplea la estrategia, ¿cuál es la magnitud de la diferencia? La existencia de diferencias estadísticamente significativas no es suficiente por sí misma, es requisito que sean relevantes clínicamente para lo cual su tamaño del efecto debe ser moderado o grande.

E. Estilo específico de respuesta: ¿Ha sido validada la estrategia para un estilo de respuesta específico usando grupos clínicos relevantes de comparación? Es absolutamente indispensable que se haya validado empleando grupos clínicos de comparación que permitan determinar las diferencias entre los clínicos genuinos y los simuladores de trastornos mentales. Incluir comparaciones de simuladores frente a población normal no permite establecer ninguna diferenciación relevante ya que no posibilita investigar si la técnica diferencia entre los grupos realmente importantes, es decir, los pacientes reales frente a los pacientes simuladores.

En líneas generales, las estrategias que se han ido generando para la detección de simulación de trastornos mentales y de trastornos médicos pueden agruparse en dos grandes categorías: aquellas basadas en la inverosimilitud de los síntomas y aquellas basadas en la amplificación de los síntomas informados.

La primera categoría, inverosimilitud, agrupa aquellas estrategias que presentan síntomas improbables o falsos que los simuladores erróneamente se imputan a sí mismos considerándolos propios del trastorno simulado. El punto clave en esta categoría es que los pacientes clínicos genuinos apenas afirmarán caracterizarse por ninguno de estos ítems. Esta diferencia será la que permitirá detectar el patrón de exageración de síntomas con estas estrategias.

La segunda categoría, amplificación de síntomas, agrupa aquellas estrategias que presentan síntomas que, si bien pueden darse en la población clínica, no aparecen en la clínica real con la severidad, frecuencia o intensidad con que se describen. En este caso, son ítems plausibles y veraces pero no lo son ni en su intensidad, ni en su frecuencia, ni en sus características asociadas.

El punto clave en esta categoría es que haya diferencias relevantes entre el grado afirmado por los pacientes clínicos genuinos y los simuladores. Esta discrepancia será la que permitirá discriminar entre ambos casos.

Es interesante señalar cómo las estrategias de detección de simulación mencionadas suelen centrarse en valorar la verosimilitud o credibilidad de los síntomas presentes, de la información que nos proporciona directamente el paciente y que debemos contrastar. No obstante, cabría plantearse como vía complementaria de investigación el análisis de los síntomas ausentes, aquellos que no han sido mencionados por el paciente y que, sin embargo, pueden ser prototípicos y característicos del cuadro patológico. Esta estrategia complementaria de síntomas negativos o ausentes apenas ha sido investigada hasta la actualidad, debido a dos dificultades principales: 1) cómo determinar qué “ausencias” resultan indicativas de simulación y cuáles son compatibles con la presentación genuina del trastorno ya que sabemos que los trastornos son constelaciones de síntomas que no suelen cumplirse en su integridad; 2) cómo indagar en la “ausencia” de estos síntomas sin provocar la tendencia del simulador a asignarse dichos síntomas ya que sabemos que es necesario confirmar dicha ausencia (y evitar que sea debida en realidad a una omisión en el relato del paciente) pero es difícil hacerlo sin causar la aquiescencia del evaluado. Estas limitaciones hacen que todavía sea una línea de investigación extremadamente incipiente que requerirá más investigación en las próximas

décadas antes de formar parte del arsenal de estrategias establecidas para la detección de simulación.

1.4 signos para la detección de simulación

Existe un buen número de pistas que se pueden aplicar apropiadamente en la detección del engaño, en documentos no publicados sobre simulación por la Academia Americana de Psiquiatría y Leyes, escritos por Vicary y Maloney; referenciados por Jaffe y Sharma (1998) se reportó que el conocimiento que tienen los clínicos tiene una gran ventaja en la detección de la simulación; y para Marco y col. (1990), Rogers y col. (1996), Jaffe y Sharma (1998), Irruarizaga (1999) y Stuart y Clayman (2001) existen los siguientes signos como evidencia objetiva de la simulación:

A. Retención de información y Falta de cooperación: La memoria de un simulador tiene vacíos importantes, es cauteloso y piensa que entre menos información tenga el examinador, es mejor. Con frecuencia afirman haber olvidado muchas cosas o no saber. (DSM- IV, 1998) Hay el temor de que una evaluación rigurosa detecte la enfermedad que está simulando. Los sujetos parecen seguir todas las indicaciones médicas pero toman una actitud totalmente antagonista; tratan de tomar el control de la entrevista y se comportan de una manera intimidante, gastan tiempo para pensar las respuestas que van a dar. Presentan abundancia de respuestas evasivas si están dirigidas a una cuestión vital para el simulador; contestaciones burlescas, irónicas y ridículas; ausencia del trastorno de la afectividad.

B. Exageración: Los simuladores creen de forma equivocada que entre más extraños parezcan, más creíbles son. Clemente (1995) lo denominó elevación del número de dramatismos.

C. Llamen la atención sobre su enfermedad: Según Ritson y Forest (1970), citados por Marco et al. (1990) los simuladores están ansiosos por llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas. El auténtico enfermo sin proponérselo puede presentar abandono en su cuidado físico tener el pelo largo, aparecer sin afeitarse, con las ropas sucias, desaliñado, con abandono de su limpieza; mientras que el que finge se pone ropas extravagantes; la camisa al revés; la bufanda fuera de su sitio con vestimentas artificialmente alteradas; a menudo, esa alteración de su aspecto exterior sólo se da durante los reconocimientos médicos o declaración ante funcionarios judiciales. (Delgado y col., 1.994)

D. Los acusados actúan comúnmente como sordos y tontos: se muestran excesivamente psicóticos, intelectualmente impedidos y con amnesias y delirios. Las personas que fingen actúan como "tontos y locos" por que ellos creen que las personas mentalmente enfermas son tontas.

E. Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula: Falta el típico contenido afectivo de ansiedad en alucinaciones y delirios; o el tono afectivo de temor, rabia o depresión asociado a cualquier diagnóstico. Si hay auto lesionismo, éste no reviste gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.

F. Ausencia de perseveración: La perseveración es un signo de consistencia en la personalidad y/o en la patología, por tanto es una conducta que debe presentar constancia en el tiempo, rara vez se ve en los simuladores.

G. Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado: La falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana. Ejemplo, el simulador puede asegurar o mostrar una incapacidad para trabajar, pero mantiene la capacidad de su esparcimiento como por ejemplo disfrutar del teatro, ver TV, jugar cartas, etc. La inconsistencia entre las respuestas del sujeto referida a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognoscitivos y el fallo en ítems muy simples. Otros indicadores de este signo son el rendimiento por debajo de lo esperado al azar en pruebas de elección entre dos alternativas, la inconsistencia en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas funciones, el bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente.

H. Alteraciones del lenguaje no verbal: El tono y la intensidad de la voz varían significativamente ante la mentira, la velocidad de fraseo es lenta y evasiva, el evaluado tarda en responder porque necesita pensar varias veces para contestar con coherencia, produce pausas y errores en el discurso, además es de carácter indirecto, las expresiones faciales varían contingentemente con el contenido temático. Rogers (1998), Hall y Pritchard (1996), Nies y Sweet (1994), Eckman (1992) entre otros, citados por Iruarrizaga (1999) Las características de la mirada tienen mucha importancia: la del auténticamente trastornado se caracteriza por su mirada fija y expresión extraviada; la mirada del simulador es menos franca, se muestra con una expresión de desconfianza

como temeroso de ser descubierto. Un buen signo es la discordancia entre la expresión facial y el tono y contenido del lenguaje (paraminia y paratimia), con una excepción: la esquizofrenia, en la que ese signo puede ser de patología real. (Delgado, y col., 1.994)

I. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: El simulador actúa de manera normal cuando no se percata de que está siendo observado, por lo cual hablar con el personal que tiene oportunidad de observar al preso es útil para descubrir su comportamiento inconsistente. Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: Por ejemplo un farsante dice que no puede recordar su nombre o la fecha de nacimiento, pero si es capaz de recordar otros eventos pasados, como la dosis de los medicamentos que ingiere. El simulador por lo general confunde los síntomas psicóticos con los impedimentos cognoscitivos y cree que la persona que escucha voces no sabe en que año está. Los amnésicos auténticos generalmente recuerdan cosas como: nombre, edad, fecha de nacimiento, dirección, nombre de la madre, de familiares cercanos y lo que desayunaron; lo cual es lo que pretenden olvidar los farsantes; y es muy raro que finjan amnesia global. Los simuladores pretenden tener alucinaciones visuales o auditivas y hablan con personas imaginarias. En la exploración clínica de la simulación se señalarán las intermitencias y modificaciones inexplicables del síndrome mental exhibido; inexistencia de la relación entre el síndrome o enfermedad aparente y la causa etiológica presumible.

J. La simulación es más difícil de mantener por períodos largos: El hecho de simular exige una extremada concentración y resulta extenuante por lo cual la persona sana requiere períodos de descanso. Por eso también hay más oportunidad de descubrir el engaño durante una entrevista larga.

K. Dificultad para fingir síntomas fisiológicos: Generalmente el simulador desconoce los síntomas fisiológicos de la enfermedad y por eso no los actúa, si llegara a simularlos puede ser descubierto porque los sobreactúa o tiene dificultades para hacerlo. Por ejemplo el que simula depresión puede fingir astenia pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia. (Rogers y col., 1996)

L. Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad: Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero no son tan conocidos u observables. Por ejemplo en Trastorno disociativo de la personalidad pueden fingir las personalidades múltiples, pero no saben de las amnesias y no las simulan (Aunque no en todas las expresiones de este trastorno se manifiesta la amnesia).

M. Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros: Los simuladores pueden no ajustarse a ninguna entidad diagnóstica conocida. Los síntomas pueden haberse elegido de varias enfermedades y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos. Las personas que fingen síntomas muy específicos (falta de concentración) y desórdenes específicos (depresión mayor) mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas; y a ninguna entidad clínica en particular.

N. Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos: Los simuladores pueden afirmar haber tenido delirios (o síntomas en general) de comienzo repentino, cuando en realidad los delirios sistematizados tardan normalmente varias semanas en

sistematizarse. Pueden informar que los síntomas de "locura" comenzaron cuando el imputado tenía 40 años, poco antes del incidente judicial y el clínico sabe que la esquizofrenia tiene un inicio cerca de los 20 años y la enfermedad se desarrolla crónicamente.

Ñ. Discrepancia entre el auto- reporte y los archivos médicos: Los evaluados afirman severidad en síntomas en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización; cuando el perito sabe que la severidad de síntomas generalmente se asocia a consulta temprana con los expertos y con la existencia de una historia clínica previa. Los acusados pueden argumentar alguna psicopatología pero no informan haber estado en un tratamiento previo, y cuando tienen una cita para un tratamiento de salud mental o para una evaluación la cancelan o llegan más de una vez tarde a las citas y no cooperan durante el examen psicológico, además, también fallan en seguir un plan de tratamiento para un diagnóstico.

O. Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas: no relacionan los delitos con sus síntomas o alteraciones como cometer asesinato con agravantes arraigados, por ejemplo existe relación entre el síntoma y la conducta del homicida como beber la sangre de la víctima que asesinó porque creía que los extraterrestres le estaban quitando la suya propia.

P. Evidencia de complicidad: En los casos en los que se alega que el acusado presenta un determinado tipo de patología mental, se sospechará simulación si hay un cómplice implicado en el crimen. En efecto, como dice Resnick (1984) citado por Marco y col., (1990), la mayoría de los cómplices de inteligencia normal no participarán en crímenes motivados psicóticamente.

Q. Engaños anteriores: Las investigaciones retrospectivas algunas veces revelan evidencias de engaños pasados, como utilización de alias, escapes de la prisión o mentira en un negocio; es común encontrar un patrón de comportamiento antisocial engañoso. La enfermedad actual es tan sólo otra instancia de éste patrón.

R. Historia laboral incoherente con la enfermedad: Según Resnick (1984), citado por Marco y col. (1990), los simuladores pueden tener un historial laboral desfavorable "la persona que siempre ha sido responsable, honrada, miembro adecuado de la sociedad es menos probable que simule". Aunque la estabilidad laboral puede ser positiva previa al apareamiento de la enfermedad y deteriorarse desde entonces, si se alegan síntomas crónicos esto alteraría también crónicamente el historial laboral, también puede ser indicador de simulación, ya que una persona que padece una enfermedad mental, difícilmente puede tener un óptimo funcionamiento laboral.

Los signos de simulación ya enunciados son generales y se pueden encontrar en el fingimiento de cualquier enfermedad, sin embargo también la literatura reporta signos de simulación específicos para algunos cuadros diagnósticos.

CAPÍTULO 2:

INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS: INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS (SIMS)- INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMII III)

INTRODUCCIÓN

Se han probado métodos muy diferentes para detectar a respondientes deshonestos, tales como el polígrafo, la hipnosis, las entrevistas asistidas con drogas y las entrevistas clínicas desestructuradas. Aún así, ninguno de estos métodos se ha mostrado suficientemente fiable y objetivo en la detección de simulación.

En relación con la propia concepción que tiene el profesional sobre cómo proceder a detectar la simulación, Rogers y Bender (2003) establecen una clasificación en tres estadios. El primer estadio es el enfoque “intuitivo”, que hace referencia al profesional que confía en que su criterio clínico es suficiente para la detección de la simulación. Este estadio está fuertemente asociado a la creencia de que la simulación es muy poco frecuente y que, además, cuando se da, es claramente manifiesta. Este es el motivo por el que este grupo considera que su criterio bastará para detectar que una persona está simulando. No obstante, como se ha comentado previamente, la evidencia empírica ha demostrado sistemáticamente la falibilidad del “ojo clínico”, la ausencia de aprendizaje de los errores y el escaso papel de la experiencia (a diferencia de la eficacia en el diagnóstico de otras áreas, aquí no hay retroalimentación del error en la detección de un simulador ya que éste difícilmente informará tras haber conseguido su objetivo). Tampoco es cierto que la simulación sea un hecho espurio o aislado, ni que cuando se presenta es de forma obvia a cualquier evaluador, sino que frecuentemente la simulación se manifiesta de una manera sutil y sofisticada que resulta difícil de detectar al mero ojo clínico.

El segundo estadio, más habitual, es el del profesional consciente de la necesidad de evaluar proactiva y sistemáticamente la posible presencia de sesgos de respuestas y de exageración de síntomas. En estos casos, los profesionales suelen hacer uso de tests generales y tradicionales, que incluyen medidas específicas de detección de exageración de síntomas y que les alertan de su presencia.

Finalmente, los profesionales que se encuentran en el tercer estadio, son aquellos que complementan el uso de estos tests globales con otras pruebas específicas de simulación, diseñadas precisamente con este objetivo, permitiendo refinar la interpretación de los resultados cuando es necesario. Este estadio es considerado como el más avanzado y el que permite una mayor precisión diagnóstica, aspecto clave en un área tan delicada y con consecuencias tan devastadoras, como puede ser la clasificación errónea de un paciente real como simulador.

Posicionándonos en el tercer estadio, este capítulo se tratará del inventario estructurado de simulación de síntomas: SIMS y el inventario multiaxial de Millon (MCMI III) para realizar correlaciones y así realizar una investigación profunda.

2.1. SIMS: inventario estructurado de simulación de síntomas

El SIMS (Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas) es un instrumento de evaluación que consta de 75 ítems, con un formato de respuesta verdadero-falso, que puede ser aplicado en aproximadamente 10-15 minutos. Su objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter

psicopatológico y neuropsicológico y puede resultar útil aplicado como medida de estrategia aislada o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada en un amplio rango de contextos.

Dentro de las estrategias que emplea para la detección de síntomas simulados, incluye síntomas improbables, síntomas infrecuentes, severidad de los síntomas y combinación de síntomas inverosímiles.

Una de las características relevantes del SIMS es que, aparte de la puntuación Total, ofrece puntuaciones en cinco escalas específicas.

2.1.1. Descripción de las escalas y la puntuación total del SIMS

ESCALA	DESCRIPCIÓN
Psicosis (Ps) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes, que no son típicos de la patología psicótica real.
Deterioro neurológico (Dn) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
Trastornos amnésicos (Am) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
Baja inteligencia (Bi) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
Trastornos afectivos (Af) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.
Total (75 ítems)	Ofrece una puntuación resumen del nivel general de exageración de síntomas.

La utilidad de sus escalas específicas está en que en la práctica profesional, resulta difícil predecir qué dominios de funcionamiento puede fingir el evaluado como alterados o afectados. Por este motivo, siempre es recomendable cubrir las distintas áreas posibles en una primera evaluación. Así, las escalas específicas del SIMS permiten un amplio barrido de síntomas de las distintas áreas de simulación: aspectos físicos (escala Deterioro neurológico), cognitivos (escala Baja inteligencia y Trastornos amnésicos) y psicopatológicos (escala Psicosis y Trastornos afectivos). Los resultados obtenidos permiten determinar el grado de sospecha de simulación y las áreas donde se presenta, para poder profundizar posteriormente en la evaluación de las mismas si se considera oportuno.

2.2. Inventario multiaxial de Millon (MCMI III)

El MCMI-III reúne los últimos avances teóricos, empíricos y profesionales para conformar un instrumento muy útil en la toma de decisiones con los trastornos comportamentales o síndromes clínicos. El inventario se apoya en un nuevo marco teórico: la teoría evolutiva.

Tiene como finalidad suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales.

Es una escala de auto informe con 175 ítems que evalúa 14 patrones de personalidad, y 10 síndromes clínicos. Está basado en las anteriores versiones de MCMI-I y MCMI-II. Los ítems tienen dos opciones de respuesta (verdadero-falso). Los patrones de personalidad evaluados por el MCMI-III son

los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide; siendo estos tres últimos considerados patrones de personalidad graves.

El MCMI-III considera que, para cada uno de los estilos, una puntuación de prevalencia entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de personalidad, mientras que a partir de una puntuación de 85 indica un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave, un trastorno de la personalidad.

Con respecto a los síndromes clínicos, el MCMI-III evalúa 10 síndromes relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad. La mayoría de estos trastornos tienen correspondencia con los trastornos codificables en el Eje I del DSM-IV.

El MCMI en sus versiones II y III contiene cinco tipos de escalas: escalas de validez y de tendencia de respuesta, escalas de trastornos de personalidad de gravedad leve, escalas de trastornos de personalidad más patológica, escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, y escalas de síndromes clínicos de gravedad acentuada. En total son 22 escalas clínicas (24 en el MCMI-III) y 4 escalas de validez y de tendencia de respuestas medidas a través de 175 ítems dicotómicos.

2.2.1. Escalas de trastornos de la personalidad

Trastornos de la personalidad de gravedad moderada:

Esquizoide (1): La orientación pasiva retraída es semejante al trastorno de personalidad esquizoide del DSM-III-R. Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.

Evitativo (2): La orientación activa-retraída es muy parecida al trastorno de personalidad evitativo del DSM-III-R. Estos pacientes experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Dependiente (3): La orientación pasivo-dependiente, derivada teóricamente, se corresponde con el trastorno de personalidad dependiente del DSM-III-R.

Estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometidos de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Histriónico (4): La orientación activa-dependiente es equiparable al trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III-R. Aunque se vuelven hacia los otros en igual o mayor medida que lo hacen los pasivo-dependientes, estos individuos parecen ser superficialmente bastante distintos a sus contrapuestos pasivos. Esta diferencia en el estilo manifiesto procede de la superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activo-dependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente astutos les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Narcisista (5): La orientación pasivo- independiente es paralela al trastorno de personalidad narcisista del DSM-III-R. Estos individuos se hacen notar por sus

actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas; esto es, podría no estar confirmado por aspiraciones verdaderas o maduras. No obstante, presumen alegremente de que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aún sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su antojo. Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su aire esnob y de presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero. Su sublime confianza de que las cosas saldrán bien les proporciona pocos incentivos para comprometerse en el continuo tira y afloja de la vida social.

Antisocial (6A): La orientación activa-independiente es parecida al temperamento y comportamientos socialmente inaceptables del trastorno de personalidad antisocial del DSM-III-R. Estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

Agresivo (6B): La orientación activo-discordante extiende los límites del DSM-III-R en una nueva e importante dirección, detectando individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan

satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden igualar los aspectos clínicos de lo que se conoce en la literatura como carácter sádico o, por otra parte, la exhibición de un estilo de carácter parecido al esfuerzo competitivo de la personalidad tipo A. Llamados personalidades agresivas en la teoría del autor, son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Obsesivo compulsivo (7): La orientación pasiva-ambivalente coincide con el trastorno de personalidad compulsivo del DSM-III-R. Estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. Detrás de este frente de decoro y restricción, sin embargo, aparecen el enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Negativista (8A): La orientación activa-ambivalente se aproxima al trastorno de personalidad pasivo-agresiva del DSM-III-R, aunque es más extenso en el

número y la diversidad de características que comprende. Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo-ambivalente (compulsivos); sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

Autoagresivo (8B): La orientación pasivo-discordante corresponde a la nueva propuesta del DSM-III-R, el trastorno de personalidad autodestructivo (masoquista), un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

Depresivo (2B): Entre los comportamientos y funciones cognoscitivas de tinte depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Es frecuente que tiendan a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Estos

individuos auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente; dudan de que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos. Su autoestima es baja y se traduce en sentimientos de impotencia. Los individuos con ese trastorno tiende a juzgar a los demás tan duramente como hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura.

En la teoría se formulan tres propuestas adicionales de personalidad patológica para representar problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las 10 primeras configuraciones en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves. Se resumen a continuación sus aspectos importantes y similitudes con los trastornos de personalidad del DSM-III-R.

Trastornos de la personalidad de gravedad acentuada:

Esquizotípico (S): El trastorno de personalidad esquizotípico del DSM-III-R representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclinedos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o

diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

Límite (C): En el trastorno de personalidad límite del DSM-III-R con frecuencia subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tienen fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves -el Esquizotípico y el Paranoide- es la desregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Paranoide (P): El trastorno de personalidad paranoide del DSM-III-R equipara más claramente aspectos de tres de los tipos que describe la teoría; primeramente la pauta independiente, aunque también, de alcance algo menor, la discordante y la ambivalente. Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas, mientras que los otros dos patrones graves se caracterizan bien por la inestabilidad de sus afectos (Límite) o por la desregulación de sus

pensamientos (Esquizotípico). Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

2.2.2. Escalas de síndromes clínicos

Escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada:

En contraste con los trastornos de personalidad (Eje II), los síndromes clínicos que comprenden el Eje I se explican mejor como una extensión o distorsión de los patrones básicos de personalidad. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente breves o transitorios, aumentando y disminuyendo en el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. Se trata de caricaturas o acentuaciones del estilo básico de personalidad. Toman solamente significado e importancia dentro del contexto de la personalidad del paciente y deberían evaluarse en referencia a ese modelo. A pesar de que se observe que seguramente los trastornos se dan más frecuentemente en conjunción con estilos particulares de personalidad, cada estado sintomático se puede dar con distintos patrones.

La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo, es decir, de menor duración que los trastornos de la personalidad. Representan comúnmente estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente. Muchos de estos síntomas son causados por sucesos externos y aparecen de golpe, frecuentemente acentuando o intensificando los aspectos más prosaicos del estilo básico de personalidad o premórbido. Durante períodos de patología activa, no es infrecuente en los distintos síntomas covariar al mismo tiempo y cambiar a

través del tiempo en sus grados de gravedad. Las escalas "A", "H", "N", "D", "B", "T" y "R" representan trastornos de gravedad moderada; las escalas "SS", "CC" y "PP" reflejan trastornos de gravedad acentuada.

Ansiedad (A): Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. Una revisión de los ítems específicos de la escala ayudará a determinar si el paciente es fóbico y, más específicamente, de una variedad "simple" o "social". Sin embargo, la mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos -por ejemplo, las manos sudorosas o los trastornos estomacales- son también característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Somatomorfo (H): Aquí encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada. Otros tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio. Si están presentes de forma objetiva verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos tranquilizadores. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la

atención.

Bipolar (N): Estos pacientes evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no selectivo; excesiva planificación para metas poco realistas; una invasión, incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales; disminución de las necesidades de sueño; fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo. Las puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo ilusiones o alucinaciones.

Distimia (D): Las puntuaciones altas implican que aunque no aparezca en la vida cotidiana del paciente, se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida. A menos que la escala "CC" (Depresión mayor) se eleve también notablemente, hay pocas probabilidades de que se evidencien aspectos de depresión psicótica. El examen detallado de los ítems específicos que comprenden las puntuaciones altas del paciente debería permitir a los clínicos discernir los aspectos particulares del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, desesperanza o baja autoestima).

Abuso de alcohol (B): Las puntuaciones altas del paciente probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un

malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Lo importante en esta escala y la siguiente (Abuso de las drogas) es la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento del paciente.

Abuso de droga (T): Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos a admitir su problema.

Trastorno por estrés postraumático (R): El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos (insomnio de conciliación o de mantenimiento, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, sobresaltos, síntomas de ansiedad o aumento de la activación que no existían antes del trauma) tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico, aunque generalmente involucra ambos factores combinados. Si una madre o un padre son afectados, el TEPT puede

causar consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo del niño.

Escalas de síndromes clínicos de gravedad acentuada:

Pensamiento psicótico (SS): Estos pacientes se clasifican de forma habitual como esquizofrénica, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.

Depresión mayor (CC): Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo - son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno.

Trastorno delirante (PP): Estos pacientes, con frecuencia considerados paranoides agudos, pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber claros signos de trastornos del pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Son típicamente concomitantes una tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

2.2.3. Escalas de validez y tendencia de respuesta:

Validez (A): Evalúan sentido de realidad o respuestas al azar.

Sinceridad (X): Evalúa si la persona responde de manera defensiva o exagerada.

Deseabilidad Social (Y): evalúa la tendencia a dar una buena imagen.

Devaluación(Z): evalúa la tendencia a dar una imagen negativa. Esta escala es la que utilizaremos para realizar una correlación con los resultados del SIMS.

2.3. Estado actual del tema

Fernandez, P. S (2014), cita estudios y antecedentes en los que se utilizó el inventario estructurado de simulación de síntomas:

-Estudio de simulación de Smith y Burger (1997) Este estudio fue el primero realizado por los autores originales de la prueba, Smith y Burger, para validar originalmente el SIMS, por lo que es destacable su relevancia e importancia entre el conjunto de investigaciones que se han realizado sobre el SIMS. En este estudio, los autores contaron con una muestra de 476 estudiantes universitarios (edad media 24,43 años, rango 17 – 66 años). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control (o respuesta honesta) o a uno de los siguientes grupos experimentales: simulación del mal estado general, simulación de psicosis, simulación de deterioro neurológico, simulación de amnesia, simulación de baja inteligencia y simulación de depresión. La muestra global fue posteriormente dividida aleatoriamente entre muestra de estudio (n=238) y muestra de validación cruzada (n=238).

En todos los casos, el grupo control fue el que obtuvo puntuaciones significativamente inferiores al resto de grupos.

-Estudio de simulación análoga de Rogers y Cruise (1998) Rogers y Cruise (1998) emplearon el SIMS junto con otras medidas para estudiar el efecto de determinados parámetros de las instrucciones en la simulación análoga. En concreto, estudiaron el impacto del contexto presentado (aplicable o inaplicable a la persona), el incentivo (positivo o negativo) y la relevancia informada en las instrucciones (implicaciones para el mundo real, desafío).

Cuando se avisaba a los simuladores análogos que habría consecuencias negativas si eran detectados como simuladores, se producía una presentación más controlada de la simulación y más sutil. El hecho de que el contexto resultara aplicable a la persona evaluada, comprensible y real, era otro factor relevante. En esta investigación, por lo tanto, no se indagaba específicamente sobre la capacidad del SIMS para detectar distintos tipos de simulaciones de trastornos, sino el efecto de las instrucciones de la simulación análoga en la presentación que los participantes hacían de sus síntomas.

-Estudio de simulación de Edens, Otto y Dwyer (1999) Edens, Otto y Dwyer (1999) estudiaron la capacidad discriminativa del SIMS para detectar simuladores empleando para ello una muestra de 196 estudiantes universitarios.

Los análisis realizados mostraron que los participantes obtenían puntuaciones notablemente superiores en la condición de simulación en las distintas escalas del SIMS, especialmente, en la escala relacionada con la patología que se les había solicitado que simularan (p. ej., aquellos que se les indicaba que debían simular psicosis obtenían puntuaciones más altas en esta escala del SIMS).

-Estudio de simulación de síntomas de Theron et al. (2001) dispusieron de 74 estudiantes universitarios a los que asignaron aleatoriamente a un grupo de simuladores análogos (malestar general, n=36) o a un grupo control de respuesta honesta (n=38). A todos los sujetos se les aplicó un conjunto de pruebas, entre las que se encontraba el SIMS.

A todos los sujetos se les aplicó un conjunto de pruebas, entre las que se encontraba el SIMS. Aplicando el punto de corte de 20, informaron de una clasificación correcta del 97% de los sujetos. Estos autores proponen, como punto de corte, puntuaciones superiores a 3 en Deterioro neurológico, superiores a 5 en Trastornos afectivos, superiores a 1 en Psicosis y superiores a 4 en Baja inteligencia y Trastornos amnésicos. No obstante, una de las limitaciones de este estudio es la ausencia de información sobre estadísticos descriptivos de las puntuaciones en cada uno de los grupos, las diferencias de medias o tamaños del efecto de las diferencias, así como la ausencia de grupo clínico de comparación de los resultados.

-Estudio de simulación de retraso mental (Graue et al., 2007) El objetivo de esta investigación fue estudiar la capacidad de detección de distintas pruebas

de simulación de retraso mental, entre ellas el SIMS, en un diseño de simulación análoga.

los resultados indican la extrema limitación del SIMS, en su puntuación total y en la escala Baja inteligencia, para detectar simulación de retraso intelectual moderado. Sus niveles tan bajos de especificidad resultan alarmantes y, claramente, ponen en evidencia que no deben usarse con poblaciones con posible déficit cognitivo o retraso intelectual, debido al alto riesgo de falsos positivos (el 50% de las personas con retraso mental, que responden honestamente hubieran sido clasificadas como con sospecha de simulación, empleando el punto de corte de 16 en la puntuación total del SIMS).

-Estudio de simulación de trastorno por estrés postraumático de Efendov (2007) Efendov (2007) realizó un estudio de simulación análoga con una muestra de 87 adultos de la población general, que habían sufrido un evento traumático y que habían presentado síntomas de estrés postraumático, si bien, en el momento de realización del estudio ya no presentaban dichos síntomas. En conjunto, los resultados obtenidos mostraron una satisfactoria capacidad del SIMS en la discriminación de simulación de estrés postraumático.

-Estudio de simulación de síntomas depresivos para obtención de incapacidad de Clegg, Fremouw y Mogge (2009) El estudio de Clegg et al. (2009) de grupos diagnósticos contó con una muestra de 64 personas que estaban siendo evaluadas para la concesión de discapacidad en la seguridad social por deterioro funcional. La mayoría de los casos (88,4%) fueron diagnosticados principalmente de trastornos del estado de ánimo, mientras que el resto de participantes presentaban trastornos de ansiedad, a excepción de un adulto

con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. La edad media de la muestra fue de 42,5 años ($Dt=11,9$), siendo el 38% de los casos varones.

La puntuación total del SIMS y la escala Trastornos afectivos fueron aquellas que mayores diferencias establecieron entre ambos grupos, tal y como cabría esperar, puesto que este era el ámbito de simulación (los análogos precisamente fueron instruidos para simular síntomas de depresión mayor bajo el supuesto de obtener una pensión por discapacidad).

CAPÍTULO 3:
LICENCIAS LABORALES: EMFERMEDADES
PSIQUIÁTRICAS

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se da con mucha frecuencia el pedido de licencia laboral por enfermedades de todo tipo, ya sean físicas o psicológicas.

Me parece de suma importancia para dar una introducción al presente capítulo conocer la conceptualización y tipos de licencias que se otorgan según la ley que las avala, por lo que me pregunto:

¿Qué es una licencia laboral?

Tapias, A., Bello, D.P, Gonzalez, J.L, Vesga, V.J. (2013) expresan que las licencias laborales son una protección que otorga la ley al trabajador, frente a una enfermedad, cualquiera sea el origen de esta, por ejemplo; licencia por stress laboral, o licencia por gripe o duelo. Estas licencias le permiten al trabajador suspender temporalmente la obligación de trabajar conservando intacto su derecho al cobro del salario hasta su reingreso. Por lo tanto hay una gran cantidad de licencias, entre ellas se encuentran la licencia médica, y dentro de esta tenemos las licencias por stress, licencia psiquiátrica, licencia por otras enfermedades, etc.

Otro tipo de licencias

La ley laboral también prevee otros tipos de licencias laborales, llamadas licencias especiales. Las mismas se refieren a acontecimientos que socialmente imponen la necesidad de liberar momentáneamente al trabajador de prestar servicios o concurrir al trabajo.

Las mismas están especificadas en la Ley 20.744

Ley de Contrato de Trabajo, veamos:

- Por nacimiento de hijo, dos (2) días corridos.
- Por matrimonio, diez (10) días corridos.
- Por fallecimiento del cónyuge o de la persona con la cual estuviese unido en aparente matrimonio, en las condiciones establecidas en la presente ley; de hijo o de padres, tres días corridos.
- Por fallecimiento de hermano, un día.
- Para rendir examen en la enseñanza media o universitaria, dos días corridos por examen, con un máximo de diez días por año calendario.

3.2. Noticias y opiniones cotidianas acerca de licencias laborales en la actualidad.

-Crece el ausentismo laboral por enfermedades psiquiátricas

Si bien el ritmo de vida influye para que haya más casos, especialistas admiten que es el ardid más usado para gozar de licencias de mediano y largo plazo. Existen métodos para detectar su veracidad.

Por distintos factores asociados a los modos de vida actuales se registra un aumento de enfermedades de tipo psiquiátrico o psicológico. Muchas veces, estas afecciones se manifiestan a través de distintos síntomas, que de alguna manera repercuten en el trabajo de las personas.

En este sentido, la médica psiquiatra Mariela González Garmendia señaló a UNO que “entre las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad generalizada y las depresiones, que muchas veces no son desencadenadas necesariamente por estrés laboral, pero terminan afectando el desempeño en el empleo. En ocasiones, este tipo de afecciones resulta discapacitante para quien las padece”.

Asimismo, indicó: “Hay enfermedades físicas que se desencadenan por estrés, como hipertensión arterial o diabetes; además hay más posibilidades de sufrir accidentes, laborales o de tránsito, ya que la persona no está en su total plenitud intelectual. En caso de ansiedad también se da un incremento en el consumo de sustancias, como alcohol o cigarrillos”.

Si bien muchos pacientes efectivamente sufren este tipo de afecciones, los especialistas reconocen que se trata de enfermedades cuya existencia no es fácil de comprobar. “Muchas veces la propia familia o los empleadores creen que la persona está simulando los síntomas,” confió la médica. Sin embargo, advirtió que “probablemente se puede fingir un tiempo una patología, pero es muy difícil sostener una cuestión ficticia durante un tiempo prolongado. Además, para llegar a un diagnóstico, hay que llevar adelante una serie de estudios y mantener por lo menos un par de entrevistas con el paciente para conocer lo que le está pasando”.

“Hay casos en que el entorno familiar nos puede dar una pauta acerca de si es real o no lo que le ocurre al paciente”, sostuvo.

Por su parte, el médico laboralista Juan José Agüera, afirmó que “existe toda una industria del Derecho en torno a los resarcimientos por daños, y esto pueden explicar que las enfermedades del orden psicológico o psiquiátricos estén en boga, ya que no son fáciles de demostrar”.

Tanto Agüera como González Garmendia admitieron que muchos pacientes llegan al consultorio simulando enfermedades.

“Hay formas de detectar que el paciente está mintiendo. Al hablar con el paciente y escuchar su relato, como el médico conoce toda la sintomatología, lo induce a que diga cosas que no se dan en esa enfermedad. En su afán de mentir y exagerar el cuadro para demostrar que está enfermo, se termina delatando solo”, aseveró Agüera.

“Otros, directamente sin ningún tipo de vergüenza reconocen que no tienen nada y que quieren una licencia de 15 o 30 días porque le llegan parientes de Buenos Aires o porque tienen que ir a un casamiento”, señaló el profesional. En su edición de ayer, UNO dio a conocer una denuncia acerca de la presencia de un grupo de profesionales de la Salud que prescriben licencias médicas por enfermedades inexistentes y que, incluso, cobrarían un dinero extra por esto.

En el informe “Costos para las Empresas de las Enfermedades Mentales”, elaborado por el médico psiquiatra Germán Berardo, se da cuenta de que, “según análisis recientes llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud, se estima que alrededor de 450 millones de personas a nivel mundial padecen enfermedades psiquiátricas que consisten en trastornos

depresivos, esquizofrenia, epilepsia, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas”.

Las consultas a los profesionales médicos aumentaron considerablemente: “En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental”, asegura el autor.

Algunos trastornos mentales como la ansiedad generalizada, la depresión y el consumo de sustancias hicieron que se incrementen en los últimos años el número de consultas a los profesionales de la salud mental, tanto en el ámbito público como privado.

Sin embargo, el tema de los ataques de pánico cobró mayor relevancia tras conocerse la noticia de que la conductora televisiva Ernestina Pais no retornará a su trabajo por padecer este tipo de afección.

“Hay situaciones que generan reestructuraciones, tanto en el ámbito laboral como familiar, que producen una mayor incertidumbre. Hay gente que para conservar el empleo trabaja muchas más horas por día y comienza a sentir síntomas por el estrés que provoca esta situación. Hay distintos casos”, dijo a UNO la psiquiatra Mariela González Garmendia. Los síntomas más comunes indicados por los profesionales médicos son palpitaciones, sensación de ahogo, cefaleas, sensación de muerte inminente. “Son síntomas muy marcados que se dan en el cuerpo. La persona siente que está teniendo un infarto, cosa que no es real pero se siente de ese modo justamente por el nivel de ansiedad que se padece”, añadió. A su vez, aseguró que “es incapacitante, ya que quien lo sufre no quiere salir a la calle porque tiene miedo de sentir en

la vía pública este tipo de manifestaciones”. Frente a un cuadro confuso, se recurre primero a un médico clínico o a un cardiólogo, que al descartar mediante análisis y estudios que haya un infarto u otra enfermedad, hace la derivación a un psiquiatra.

“Probablemente llega a la consulta tomando una medicación que no es la específica y por eso sigue teniendo la sintomatología”, dijo González Garmendia. Por su parte, la licenciada en Psicología Emilia Aquino añadió que “también se percibe un sentimiento de pérdida de control. Hay sudoración, taquicardia y palpitaciones”. “Muchas veces no saben lo que les está pasando y esto genera una mayor angustia. Les parece que ese momento dura una eternidad”, afirmó.

Vulnerabilidad

* Las síntomas de ataques de pánico son tan desagradables que muchas personas que sufren un ataque por primera vez están convencidos de que están sufriendo un ataque de corazón y se van a morir. El miedo a otro ataque incrementa su ansiedad y le hace más vulnerable.

-Licencias pagas de hasta un año, un fenómeno vigente

Aumentan las faltas por dolencias relacionadas con problemas psicológicos

Hasta un año de licencia sin dejar de cobrar el sueldo. No es el sueño de todo empleado, sino una realidad que contempla la ley argentina. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el mundo hay cada año, 2,3

millones de muertes a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. Pero hoy, en la Argentina, gran cantidad de certificados dan fe de enfermedades del momento relacionadas con la psiquis, como estrés laboral, ataques de pánico y depresión, que son en algunos casos difíciles de comprobar.

Para el abogado laboralista Gustavo Gallo, "a la hora de presentar un certificado, el médico, que generalmente es el de la obra social, muchas veces dice ¿cuántos días necesitás? Todos los trabajadores, no importa su antigüedad, tienen por ley tres meses de licencia por enfermedad. Pero si tienen más de 5 años de antigüedad o cargas de familia, esta cifra se duplica y la licencia puede llegar al año, durante el cual conserva el puesto y el sueldo. Pero esto no termina acá: son doce meses por cada enfermedad que se presenta".

El ausentismo en general puede costar, según la consultora Mercer, hasta 13,7 millones de pesos por año a una firma de hasta 1000 empleados que tiene un payroll de 65 millones por año. Los números que maneja Manpower, por otro lado, dan como resultado que "el porcentaje más alto de ausentismo se da los lunes y viernes (22%). En el resto de la semana, en promedio, es de un 15%", dice Agustín Xarrier, gerente de relaciones laborales de la firma.

Daniel Funes de Rioja, que integra el Comité Ejecutivo de la Unión Industrial Argentina (UIA) y preside la Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (Copal), afirma que, efectivamente, el ausentismo va en aumento. "Hay una cierta seguridad por parte del empleado de que su

trabajo está asegurado, que no lo pueden despedir y que por ello puede faltar."

Según el abogado, esta problemática es difícil de neutralizar, porque "no ayuda la jurisprudencia; no es causa de despido, aunque el trabajador sea un faltador serial. También hay facilidad para dar certificaciones médicas. Esto se nota especialmente en el ausentismo del lunes".

Las empresas se quejan de que a sus problemas de ausentismo se suman los feriados y también los paros. Según datos del Ministerio de Trabajo, en 2012 hubieron 8.333.295 jornadas individuales no trabajadas por temas de conflictos laborales. Casi el doble que en 2011, que fueron 4.303.615. Por otro lado existen los permisos gremiales, aquellos que tienen quienes representan a los trabajadores dentro de la empresa que "usan las licencias gremiales a veces en perjuicio de sus propios compañeros y en momentos pico de la actividad", dice Funes de Rioja.

Para Ernesto Kritz, director asociado de Poliarquía, es cierto que el sector privado está por encima de los niveles históricos de ausentismo, pero el problema es mayúsculo en el sector público. Como ejemplo, Gallo afirma que por una operación de hallux abductus valgus (juanetes), en el Estado se otorgan seis meses de licencia con goce de sueldo.

El consultor Bernardo Hidalgo opina: "La legislación argentina en los últimos años ha dado un corte a las injusticias de maltratos de los empleados. De la mano de esta tendencia se observan algunos abusos del personal en

ciertos temas de conductas. El incremento se ve más en puestos administrativos que en operativos."

ALTA LITIGIOSIDAD

Los juicios laborales son hoy moneda corriente. "El índice de litigiosidad laboral es alto y genera en el pequeño empresario, sobre todo, la sensación de que no puede hacer nada", dice Funes de Rioja.

Esteban Sojo, socio en Maurette & Asociados, explica que para la ley, el incumplimiento grave puede ser causa de despido, por ejemplo, un robo. Pero no es el caso del ausentismo. "Se prevén una serie de sanciones progresivas, desde advertencias, suspensiones y hasta despido. En este caso se sabe que hay que ir a la justicia y el juez decidirá."

"Creo que las empresas prefieren aceptar un incremento de las ausencias injustificadas, porque los jueces son cada vez más exigentes para analizar las causas de despido, advirtiéndose una tendencia que sostiene que, antes de proceder al despido, el empleador debe agotar los mecanismos sancionatorios", dice Ricardo Foglia, director del departamento de Derecho del Trabajo de la Universidad Austral. "Por ello, y antes de afrontar un juicio de resultado incierto, se opta por tolerar las faltas al trabajo antes que despedir por tal causa."

Una de las consecuencias es, según Foglia, que "en algunas actividades hay una práctica que consiste en que un trabajador falta para que otro, realizando horas extras, complete y cobre sus tareas, y luego la situación se invierta".

MENOS TRABAJO

Pero hoy la realidad empieza a cambiar, y cuidar el trabajo vuelve a ser prioridad. "Hay estancamiento en la actividad, aunque por el momento no aumenta notoriamente el desempleo", dice Kritz. Coincide una alta ejecutiva de una consultora de primera línea. "Notamos entre nuestros clientes un goteo. No hay despidos manifiestos y masivos, pero sí admiten que las empresas se están achicando en cuanto a personal". Finalmente, "cuando le preguntás a la gente sobre su percepción de la disponibilidad que existe de nuevos empleos, dos tercios dice que es escasa", cierra Kritz.

PARA ENTRE RÍOS ES UN TEMA DE ESTUDIO

Preocupados por los elevados índices de empleados que no van a trabajar, la semana última se formó en Entre Ríos el primer Observatorio de Ausentismo Laboral, con la idea de que se replique en todo el país para tener datos a nivel nacional. Está integrado por representantes del gobierno local, el Ministerio de Trabajo de la provincia, las aseguradoras de riesgos de trabajo, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, médicos, representantes gremiales y psiquiatras que van a ayudar a analizar las causas de esta problemática.

Uno de los forjadores del observatorio es Antonio Caramagna, presidente de la Unión Industrial de Entre Ríos (UIER). "Dentro de la entidad comenzamos a recoger inquietudes de las empresas, no tanto del ausentismo en sí, que es preocupante, sino de sus causas."

Desde la Unión Industrial notaron la gran relevancia del estrés laboral y de otros males derivados de cuestiones psicológicas. "Pero comenzó a trascender de manera fuerte y como presunción, la extensión de certificados basados en falsas enfermedades, o apócrifos, como los llaman los técnicos del laboratorio de ausentismo. La venta de certificados, aparentemente, también es un problema que se vive en otras provincias."

EN EL ESTADO TAMBIÉN

La UIER entonces planteó el tema ante el gobierno provincial y "lo tomaron inmediatamente porque esta situación también se da con los empleados públicos. En particular se nota dentro de la docencia, donde hay titulares y suplentes con estrés laboral, lo que significa erogaciones millonarias para el erario público".

Para el directivo de UIER, además de generar estrategias para que haya un descenso del ausentismo, "también hay que entender que hay situaciones que provocan un genuino estrés laboral, porque hay empresas que maltratan a su gente o que tienen ambientes contaminados. Eso también hay que hablarlo. Pero hay personas que estiran la licencia hasta un año sin razón, mientras cobran su sueldo, y esto perjudica a la organización".

3.3. Enfermedad Mental- licencia laboral

Enfermedad mental

Llamase enfermedad mental a las alteraciones del espectro afectivo, cognitivo y/o del comportamiento, en las que quedan afectados procesos psicológicos básicos que dificultan al sujeto su adaptación al entorno cultural, social y/o laboral. Las enfermedades mentales son la consecuencia de múltiples factores que afectan a cada persona en forma distinta. Los mismos son ocasionados por circunstancias externas y/o internas que alteran la dinámica psíquica.

Licencias laborales otorgadas por enfermedad mental

Se otorgará licencia médica por psiquiatría cuando la enfermedad mental ocasione un deterioro clínicamente significativo de la capacidad laboral del empleado. Accederán al régimen de licencias aquellos empleados que realicen tratamiento psiquiátrico y aporten certificados que den cuenta del mismo. Los certificados deberán ser del médico psiquiatra o psicólogo tratante. El tipo de licencia y la duración de la misma dependerán de la evaluación y dictamen de los psiquiatras del Área de Salud Mental.

Existen dos tipos de licencias: de corto tratamiento y de largo tratamiento.

De corto tratamiento: Corresponde otorgar Licencia de corto tratamiento cuando el empleado presente síntomas psíquicos aislados que no configuren un Trastorno Psiquiátrico. A diario, avatares de la vida cotidiana, impactan en nuestro psiquismo ocasionando síntomas pasajeros que merman nuestra capacidad laboral por períodos breves, sin llegar a constituir trastornos psiquiátricos. Por tal motivo se otorgara licencia de corto tratamiento a aquellos empleados cuya sintomatología psíquica no responda a los criterios de ningún Trastorno Psiquiátrico, pero ocasione al momento de la entrevista

una merma de su capacidad laboral previsible en forma transitoria y por un tiempo estimable en días.

De largo tratamiento: Corresponde otorgar Licencia de largo tratamiento cuando la sintomatología que presenta el empleado configura un Trastorno Psiquiátrico.

Niveles de gravedad de los Trastornos Psiquiátricos Leve: Los síntomas dan lugar a un ligero deterioro de la actividad laboral y/ o social.

Moderado: Los síntomas dan lugar a un deterioro moderado de la actividad laboral y/o social.

Grave: Los síntomas y el deterioro funcional dan lugar a un notable deterioro de la actividad laboral y/ o social.

En función del nivel de gravedad se determinará la duración de la licencia de largo tratamiento. (Según DSM IV).

Se otorgará ALTA laboral cuando el empleado presente remisión total de la sintomatología y haya recuperado su capacidad laboral plena.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4:
MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

4.1. Justificación del estudio

Mi marcado interés por la psicología jurídica hace que nazca el incentivo de investigar un tema tan visto en la actualidad, donde las licencias laborales por parte de enfermedad mental es cada vez más común en nuestra sociedad.

Me parece de suma importancia poder detectar cuando una persona presenta parte de enfermo y no brinda información veraz sobre su patología. Desde la psicología jurídica pueden utilizarse técnicas especializadas para lograr que el sistema funcione de manera eficaz.

4.2. Objetivos e hipótesis de la investigación

4.2.1. Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Indagar en profundidad sobre la simulación y exageración de síntomas en personas con licencias laborales por parte de enfermo.

Objetivos específicos

- Trabajar con casos para detectar simulación e identificar porcentaje de incidencia en el contexto laboral.
- Analizar la importancia del SIMS como herramienta para detectar simulación y exageración de síntomas.
- Reflexionar a través de los casos evaluados sobre resultados y conclusiones y analizar si puede encontrarse correlación con el MCMI III.

4.2.2. Hipótesis de la investigación

- De la muestra total analizada ¿que porcentaje presentan valores elevados indicadores de simulación?
- Cuando la puntuación total del SIMS aumenta, también aumenta la puntuación de la escala Z del MCMI III.
- Cuando aumenta el puntaje total del SIMS disminuye la deseabilidad social.
- ¿Cuál de las escalas del SIMS aparece con mayor puntuación promedio en la muestra de simuladores?.

4.3. Tipo de estudio

El enfoque del presente estudio es *empírico cuantitativo*. Esto implica que, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2008).

Será una investigación *descriptiva* mediante encuestas, nos referimos a que es descriptiva porque tiene como objetivo explicitar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno determinado (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2008).

Por otro lado, este estudio es de tipo *transversal*, ya que la descripción se realizará en un único momento temporal (Montero y León, 2007). Es decir que, la recolección de los datos se da en un momento determinado, se realiza un corte en el tiempo y se entiende que el propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2008).

4.4. Muestra

La muestra fue conformada por 67 sujetos, de género femenino y masculino, edad entre 27 y 65 años. El lugar de residencia es en la provincia de Mendoza- Argentina en el año 2015.

4.5. Instrumento de medición

El principal instrumento de medición es el inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS), también se utiliza el inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI III), ambos descriptos anteriormente.

4.6. Procedimiento

4.6.1. Procedimiento de recolección de datos

Para la realización de la investigación se llevó a cabo el análisis de 67 casos con parte de enfermo y licencia laboral (evaluados por el lic. Omar Mejía), luego se realizó una base de datos utilizando los datos recabados y resultado de las técnicas, estas constaron de entrevista anamnésica, utilizando como preguntas básicas género, edad, estudios, profesión, si toma psicofármacos y si hace terapia; además se aplicó el cuestionario MCMI III y el inventario SIMS.

4.6.2. Procesamiento de los datos

Se realizó una base de datos en Excel, utilizando los 67 casos evaluados con variables personales y de los resultados obtenidos en los test para su procesamiento estadístico.

Luego se realizó una segunda base de datos utilizando solo los casos en los que el inventario SIMS arrojó resultados mayores de 16 puntos indicadores de simulación.

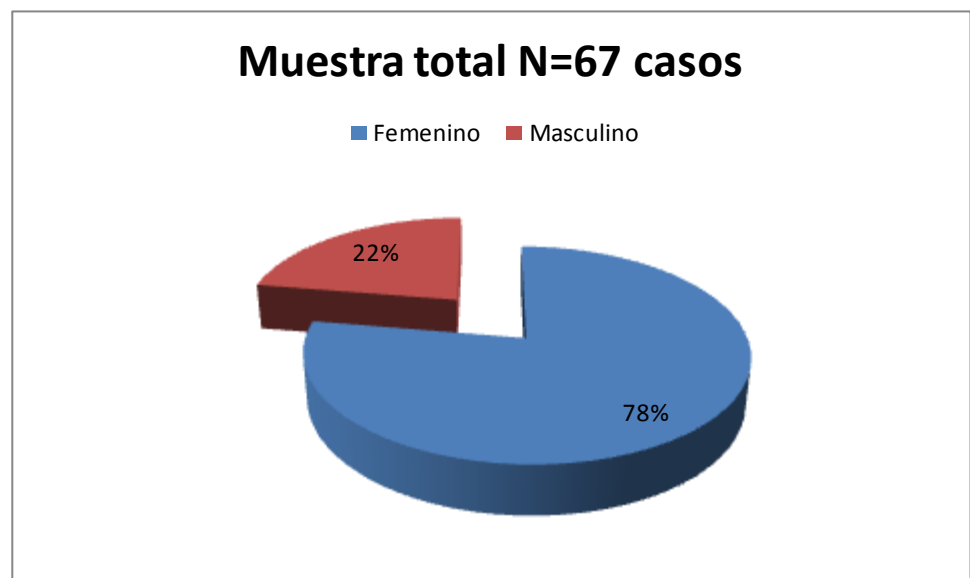
CAPÍTULO 5:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra y presentación de resultados

A continuación se mostrarán gráficos y descripciones de acuerdo a datos recabados durante las entrevistas y resultados estadísticos trabajados desde los datos mencionados. En una primera parte se trabaja con la muestra total de sujetos evaluados y luego sólo con los sujetos simuladores, es decir que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 16 puntos en el inventario SIMS.

Gráfico 1: muestra total N=67 dividida en género

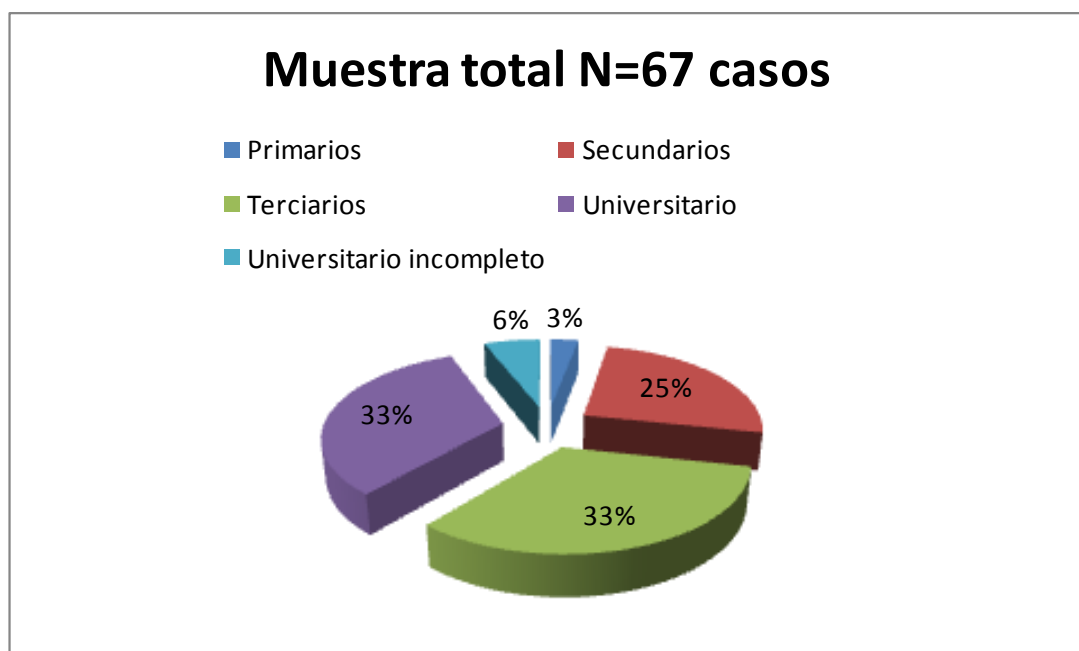
Género	Total
Femenino	52
Masculino	15
Total general	67



El gráfico 1 muestra la cantidad total de sujetos incluidos en la muestra. Fue un total de 67 personas, 52 mujeres y 15 varones. En porcentaje del 22% masculinos y 78% femeninos.

Gráfico 2: muestra total N=67 dividida por escolaridad

Escolaridad	Total
Primarios	2
Secundarios	17
Terciarios	22
Universitario	22
Universitario incompleto	4
Total general	67

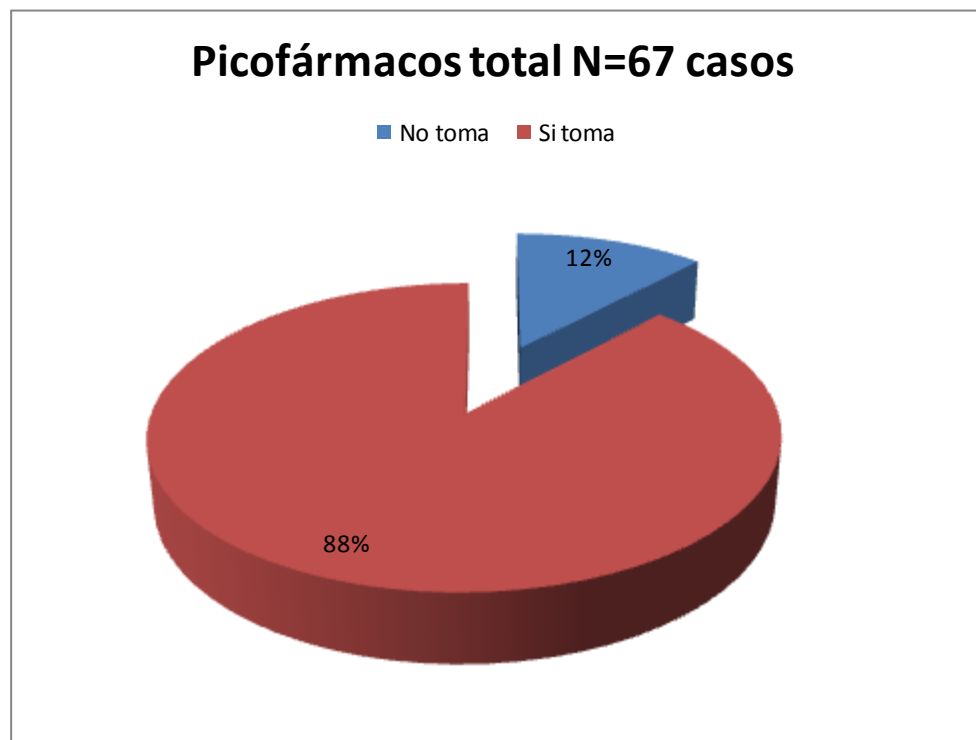


El gráfico 2 refleja la muestra total dividida según la escolaridad de los sujetos evaluados, con un 3% de sujetos con primaria completa, 6%

universitario incompleto, 25% secundario completo, 33% con estudios terciarios y 33% universitarios completos.

Gráfico 3: muestra total N=67 si toman o no psicofármacos

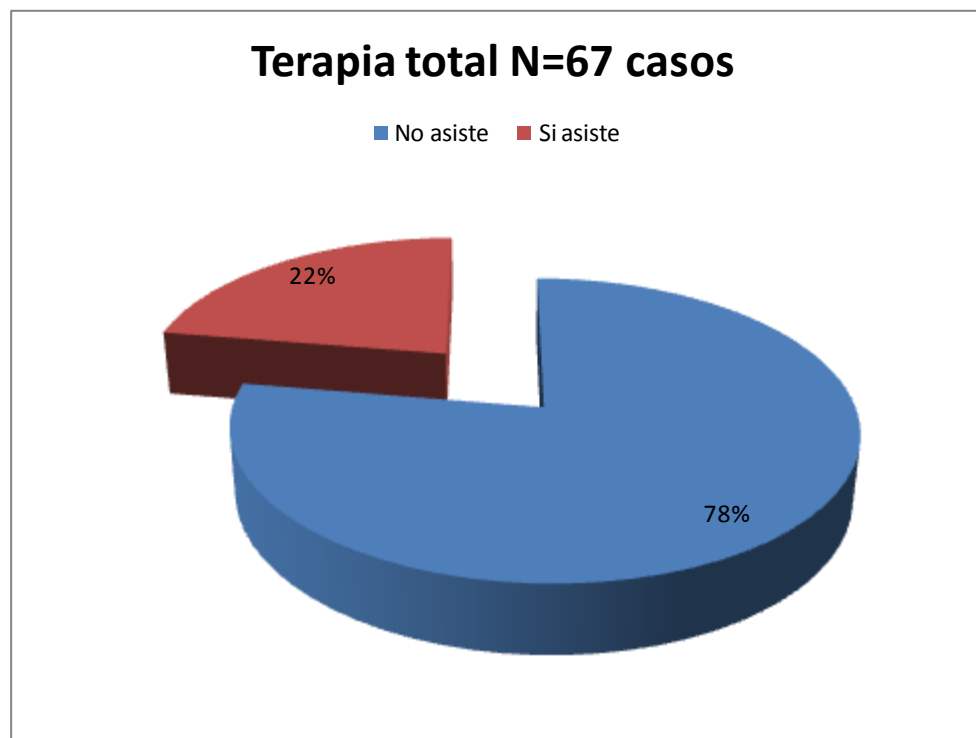
Psicofármacos	Total
No toma	8
Si toma	59
Total general	67



El gráfico 3 refleja dentro de la muestra total de 67 casos, el porcentaje de sujetos que declaran tomar psicofármacos y los que no. Obteniendo un 12 % de sujetos que no toman psicofármacos y un 88% de sujetos que toman algún tipo de psicofármacos relacionado con la patología que expresan tener por la cual obtuvieron licencia laboral.

Gráfico 4: muestra total N=67 si asisten a terapia o no asisten

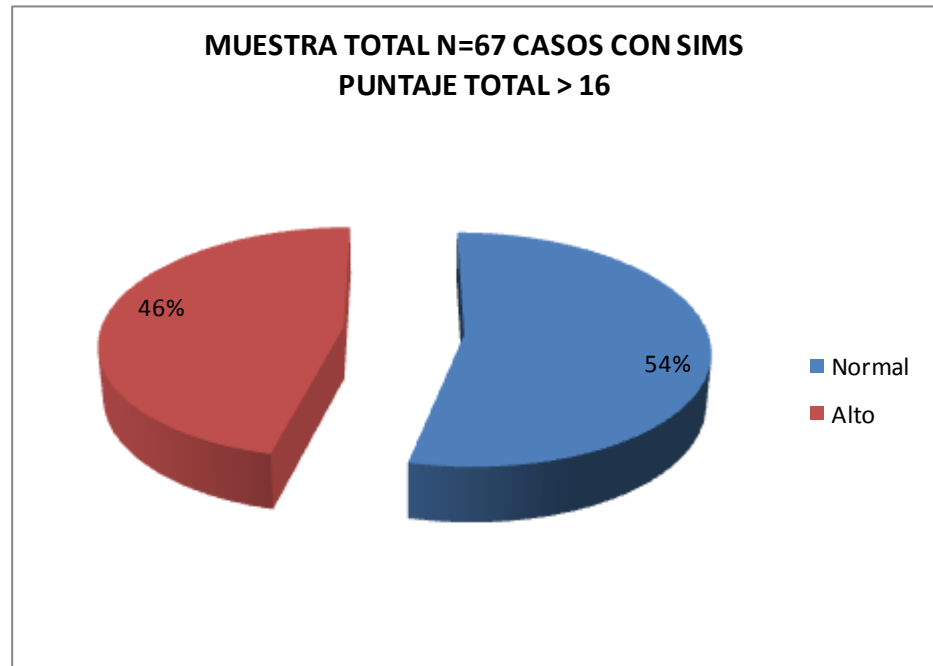
Terapia	Total
No asiste	52
Si asiste	15
Total general	67



El gráfico 4 muestra el porcentaje de la muestra total de los 67 casos cuantos asisten a terapia psicológica y cuantos no. El gráfico muestra un 22% de sujetos que realiza terapia psicológica y un 78% que no realiza terapia.

Gráfico 5: muestra total N=16 puntaje SIMS

SIMS > 16 PUNTOS	Total
Normal	36
Alto	31

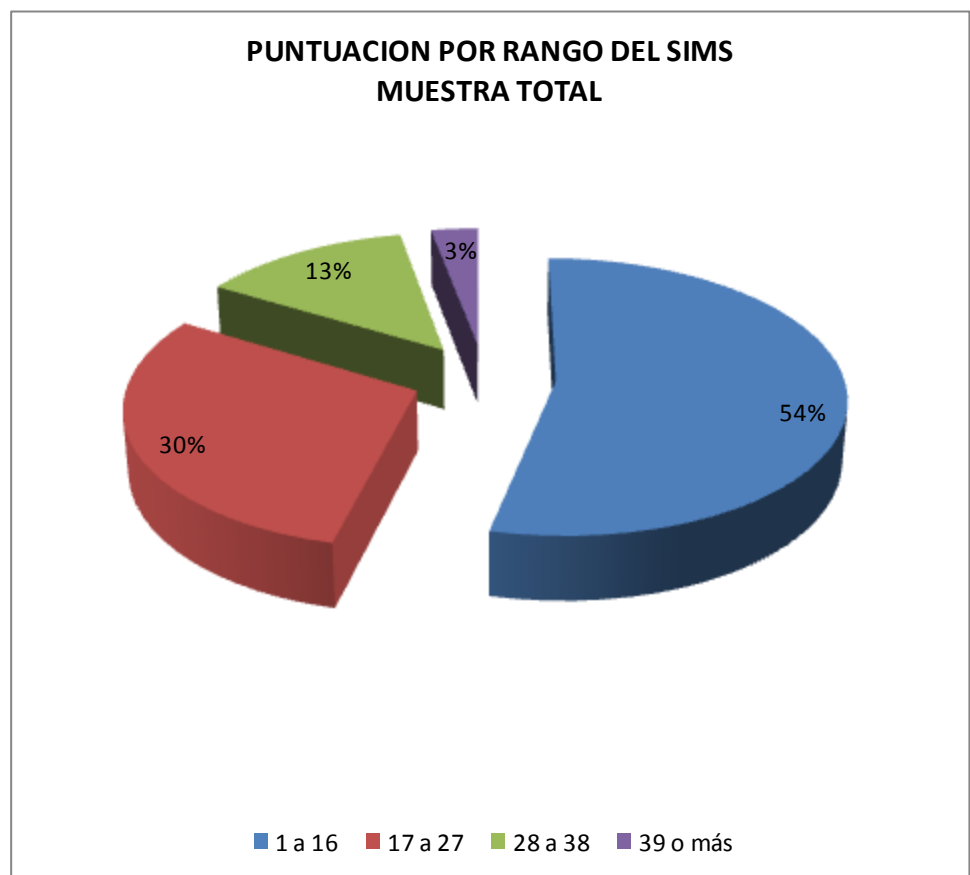


El gráfico número 5 refleja de la muestra total de 67 casos el porcentaje de sujetos que obtuvieron más de 16 puntos en el inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS). Se muestra un 46% de sujetos con más de 16 puntos, lo cual sería un indicador de simulación, y un 54% de sujetos que obtuvieron puntajes menores a 16 puntos en el SIMS.

Este resultado nos será de utilidad para trabajar con la muestra de simuladores.

Gráfico 6: muestra total N=67 puntaje SIMS por rango

Rango punt. SIMS	Total
1 a 16	36
17 a 27	20
28 a 38	9
39 o más	2
Muestra	67

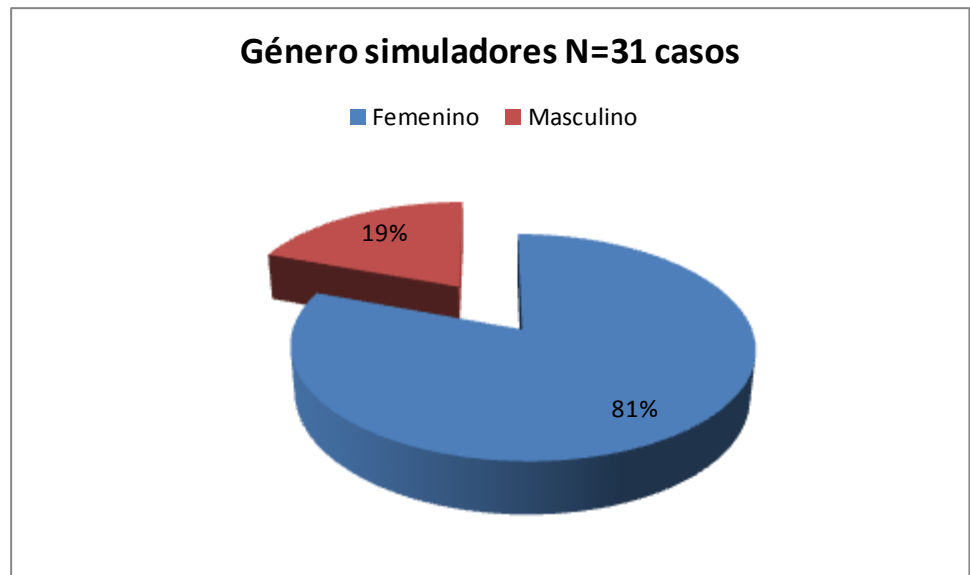


El gráfico 6 nos arroja resultados por rango de los puntajes obtenidos en el SIMS, reflejando entonces de 1 a 16 puntos un 54%, considerando a estos sin indicadores de simulación, de 17 a 27 puntos un 30%, de 28 a 38 puntos un 13% y 39 puntos o más un 3%.

Obteniendo estos resultados, tomando el gráfico 5 y 6, se trabajará ahora con la muestra de simuladores, es decir, con aquellos sujetos que obtuvieron más de 16 puntos en el inventario estructurado de simulación de síntomas.

Gráfico 7: muestra total de simuladores N=31 por género

Género	Total
Femenino	25
Masculino	6
Total general	31



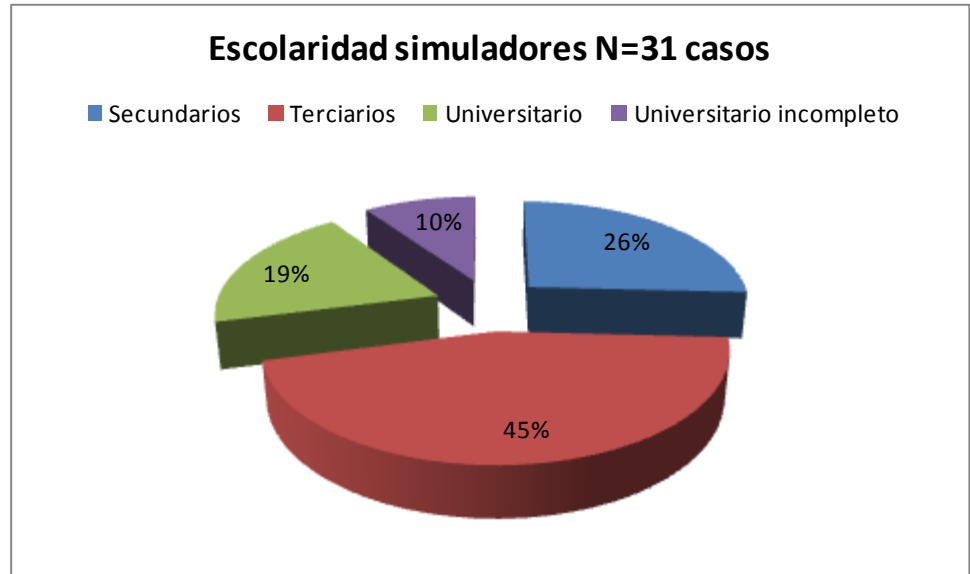
El gráfico 7 refleja de la muestra de simuladores, siendo 31 casos, un porcentaje de 81% femenino y un 19% masculino.

Gráfico 8: muestra de simuladores N=31 por escolaridad

Escolaridad	Total
Secundarios	8
Terciarios	14
Universitario	6
Universitario	3

incompleto

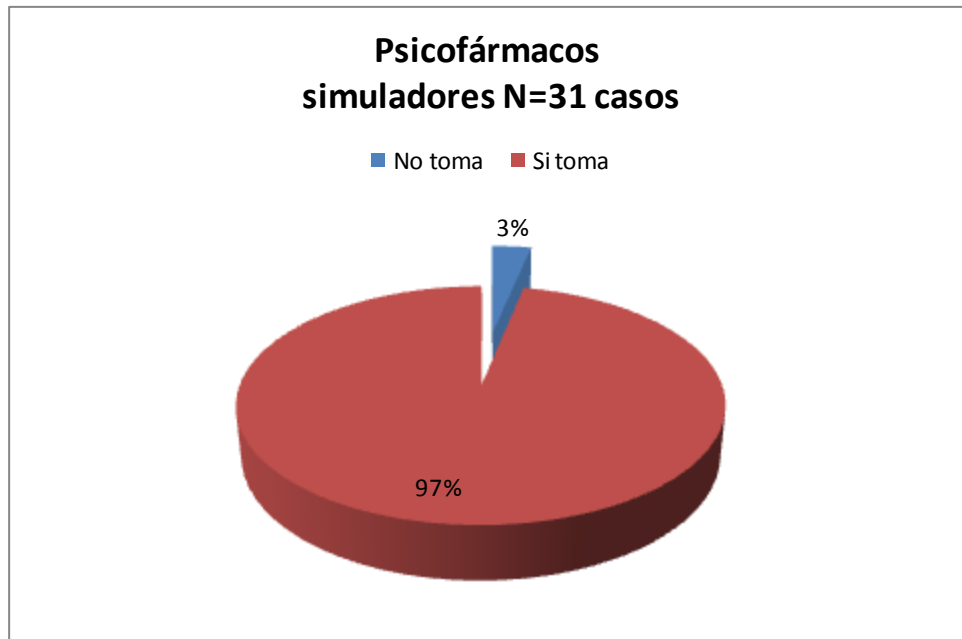
Total general	31
----------------------	-----------



En el gráfico 8 se refleja en porcentaje la escolaridad de la muestra de sujetos simuladores, mostrando un 10% de sujetos con universitario incompleto, un 19% de sujetos con estudios universitarios, 26% con estudios secundarios y un 45% con estudios terciarios.

Gráfico 9: muestra de simuladores N=31 psicofármacos

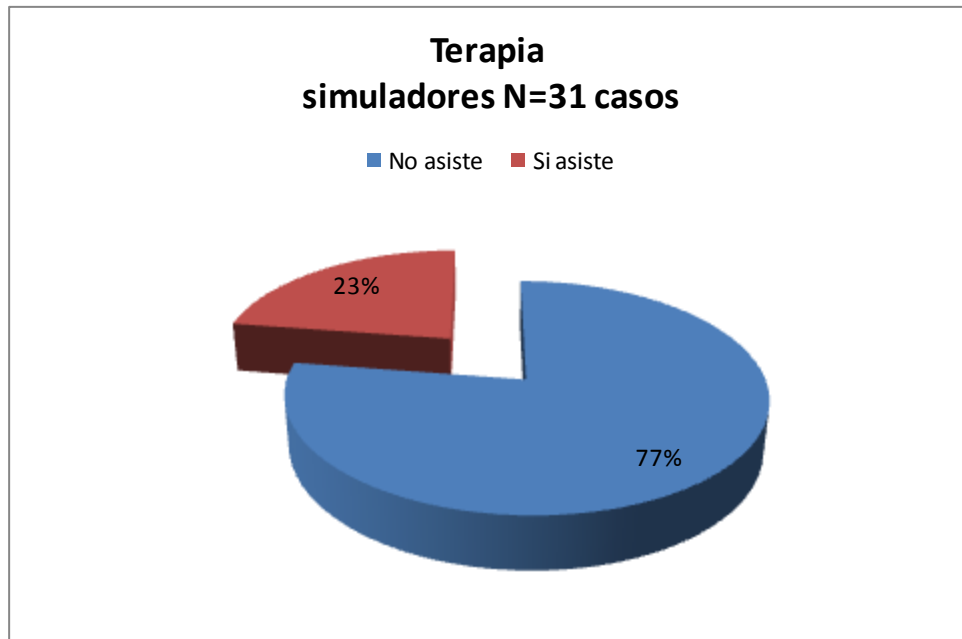
Psicofármacos	Total
No toma	1
Si toma	30
Total general	31



El gráfico 9 muestra el porcentaje de sujetos considerados simuladores que toman psicofármacos, con un 3% de la muestra que no toma psicofármacos y un 97% que toma psicofármacos.

Gráfico 10: muestra de simuladores N=31 terapia

Terapia	Total
No asiste	24
Si asiste	7
Total general	31



El gráfico 10 muestra da en porcentaje la cantidad de sujetos de la muestra de simuladores la realización de terapia psicológica. Reflejando un 23% de sujetos que asisten a terapia y un 77% de sujetos que no asisten.

Cuadro de correlaciones:

Correlación total SIMS Y puntuación Z del MCMII III	0,57
Correlación total SIMS Y discapacidad social	- 0,32

El siguiente cuadro nos muestra en primer lugar que la correlación entre el puntaje total del SIMS y la puntuación Z del inventario clínico multiaxial de Millon, es significativa, es decir que a medida que aumenta el puntaje total del inventario de simulación de síntomas, aumenta también la puntuación Z del MCMII III.

En segundo lugar el cuadro plasmado refleja una correlación negativa en relación a la puntuación total del SIMS Y la discapacidad social del MCMII III,

esto nos muestra que a medida que aumenta el puntaje total del SIMS, disminuye la deseabilidad social.

Cuadro de resultados en escalas del SIMS, muestra de simuladores N=31

Escala	Ps	Dn	An	Bi	Af	Total
Media	1,61	6,45	5,94	3,61	8,71	26,35
Ds	2,55	2,50	3,17	1,71	1,55	7,34

El siguiente cuadro nos muestra los resultados en cuanto a la muestra de simuladores con respecto a las escalas propuestas por el inventario de simulación de síntomas (SIMS), para lo cual se sacaron las medias de los resultados de la muestra total de simuladores. Muestra entonces que la escala con la media más elevada es la escala de afectividad con una media de 8,71.

CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones a las que se podido arribar en la presente tesina.

En función a las hipótesis y objetivos planteados se puede decir que:

El inventario de simulación de síntomas (SIMS) fue la técnica utilizada para evaluar a personas que presentaron certificado por enfermedad mental para obtener licencia laboral. Se aplicó a la muestra también el inventario clínico multiaxial de Millon con el fin de hacer más completa la información, de esta forma se pudieron trabajar correlaciones entre las dos técnicas.

Según la primer hipótesis planteada: “De la muestra total del analizada ¿qué porcentaje presenta valores elevados indicadores de simulación?”

De acuerdo a la investigación realizada se arribó a resultados realmente significativos, un 46% de la muestra total evaluada obtuvo puntaje mayor a 16 puntos en la escala SIMS tal como lo muestra el gráfico 5 en el apartado de resultados, considerando este puntaje como indicador de simulación.

Cabe destacar que para arribar a estos resultados nos basamos en los siguientes puntos de corte:

Puntaje por debajo de 16: ausencia de simulación.

Puntaje por encima de 16: sospecha de exageración de síntomas.

Puntaje por encima de 28: aumento de sospecha de simulación.

Puntaje por encima de 39: certeza de simulación.

A partir de la consideración de los puntos de corte nombrados, se realiza el gráfico número 6, el cual nos muestra el porcentaje correspondiente a la muestra total diferenciado en rangos por puntos de corte, el cual indica que el 54% de la muestra total evaluada presenta un puntaje menor a 16 puntos, el 30 % un puntaje mayor a 16 puntos, un 13% de 28 a 38 puntos y un 3% abarcando 39 o mas puntos.

Las conclusiones obtenidas se consideran muy significativas ya que estaríamos frente a resultados realmente altos, considerando que de una muestra total, el 46% (casi la mitad de la muestra), estaría mostrando indicadores de simulación o exageración de síntomas para conseguir licencias por parte de enfermedad mental a fin de continuar recibiendo honorarios sin asistir a su labor, generando así que las empresas, ya sean públicas o privadas, deban contratar personal de reemplazo y así duplican el sueldo a pagar.

La segunda hipótesis “cuando la puntuación total del SIMS aumenta, también aumenta la escala Z del MCMI III”

Para poder hablar de las conclusiones con respecto a ésta hipótesis me parece fundamental recordar que la escala Z está dentro de las escalas de validez y tendencia de respuesta del inventario MCMI III y se trata de la escala de **Devaluación**, la cual evalúa la tendencia a dar una imagen negativa.

Para evaluar esta hipótesis se realizó una prueba de correlación entre el resultado total del inventario SIMS y la escala Z del inventario MCMI III, el

resultado obtenido es de 0,57 como indica el cuadro de correlaciones plasmado en la presentación de resultados. El resultado obtenido confirma la hipótesis planteada, existe una correlación positiva entre el resultado total del SIMS y la escala Z del MCMI III, esto quiere decir que a medida que aumenta la sospecha de simulación, también aumenta la escala de devaluación, tendiente a dar una imagen negativa.

Cabe destacar que para obtener estos resultados se trabajó solo con la muestra de simuladores.

La tercer hipótesis planteada “cuando aumenta el puntaje total del SIMS disminuye la deseabilidad social”

Tenemos en cuenta para evaluar esta hipótesis que la deseabilidad social se encuentra dentro de las escalas de validez del inventario MCMI III, es la escala Y, evalúa la tendencia a dar una buena imagen.

Para evaluar esta hipótesis se utilizó una vez más una prueba de correlación, entre el puntaje total del SIMS y el puntaje de la escala Y del MCMI III, se utilizan las medias de cada puntaje total y a partir de éstas se realiza la correlación.

En este caso se obtuvo una correlación de -0,32; nos encontramos con una correlación negativa no muy significativa pero que confirma la hipótesis planteada.

El resultado obtenido concluye en que a medida que aumenta el puntaje en la totalidad del SIMS disminuye el resultado en la escala Y (deseabilidad social) del MCMI III, es decir, mientras aumenta la sospecha de simulación o exageración de síntomas, disminuye a su vez, la tendencia a dar una buena imagen.

Cabe destacar que para encontrar estos resultados se trabajó solo con la muestra de simuladores.

La cuarta hipótesis planteada “¿Cuál de las escalas del SIMS aparece con mayor puntuación promedio en la muestra de simuladores?”

Para evaluar esta hipótesis se trabajó solo con la muestra de simuladores estableciendo un promedio en cada escala del inventario estructurado de simulación de síntomas. Recordemos entonces las escalas que evalúa:

ESCALA	DESCRIPCIÓN
Psicosis (Ps) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes, que no son típicos de la patología psicótica real.
Deterioro neurológico (Dn) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
Trastornos amnésicos (Am) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
Baja inteligencia (Bi) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar

	preguntas sencillas de conocimiento general.
Trastornos afectivos (Af) (15 ítems)	Evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.
Total (75 ítems)	Ofrece una puntuación resumen del nivel general de exageración de síntomas.

Ahora podemos ver según los resultados obtenidos, plasmados en la presentación de resultados de la tesina, que la escala con mayor valor promedio es la escala de trastornos afectivos (Af) con un promedio de 8,71; esto nos muestra que las personas que fingen o exageran síntomas, lo hacen con mayor frecuencia en patologías que están asociadas a la depresión y ansiedad.

En segundo lugar encontramos con mayor valor promedio la escala de deterioro neurológico con un valor promedio de 6,45; es decir que en segundo término encontramos que los sujetos que fingen síntomas para lograr obtener licencia laboral lo hacen con mayor frecuencia en síntomas relacionados con el deterioro neurológico.

En tercer lugar con un promedio de 5,94 se fingen síntomas relacionados con amnésicos, correspondiente a la escala (Am).

El cuarto lugar corresponde a simulación de síntomas relacionados con la escala de baja inteligencia (Bi) exagerando síntomas asociados al déficit intelectual.

Por último la simulación menos frecuente es la relacionada con síntomas psicóticos, correspondientes a la escala (Ps).

DISCUSIÓN

Luego de presentar las conclusiones a las que arriba con el presente estudio podemos notar que se cumple con las hipótesis y objetivos planteados en el marco metodológico.

Una conclusión importante que puedo extraer de la esta tesina es, sosteniendo lo mencionado en el marco teórico, que para llevar a cabo un estudio exhaustivo y determinante sobre simulación debemos concientizarnos en la utilización de herramientas o técnicas empíricas, específicamente adecuadas para evaluar la existencia de simulación o exageración de síntomas, y no dejarnos llevar por el mero ojo clínico que no bastará para conocer con exactitud la presencia de simulación en la persona evaluada. Con esto me refiero a que es necesario aplicar además de ojo clínico y técnicas gráficas, una técnica especializada en la detección de simulación, ubicándonos allí en un tercer estadio de evaluación como se menciona en el primer capítulo de esta tesina.

Da la sensación a partir de este estudio que se puede contribuir a sostener un orden en el sistema laboral, ya sea en el ámbito público o privado, aplicando técnicas adecuadas para evitar las licencias laborales por enfermedades mentales, en personas que no aportan información veraz acerca de su estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bonnet, E. F. P. (1984) "Psicopatología y psiquiatría forenses", Tomo II, López Libreros Editores S.R.L., Buenos Aires.
- Cabello, Vicente P. (2000) "Psiquiatría forense en el derecho penal", Tomo 1, Editorial Ammurabi SRL.
- Camacho, L. M. (2012). Inventario Clínico Multiaxial de Millon- III. Programa de Psicología.
- Clemente, M. (1995). Fundamentos de la psicología jurídica. Madrid: Pirámide Colombia (2001) Código Penal. Bogotá: Legis
- Del Popolo, Juan H. (1996) "Psicología judicial", Ediciones Jurídicas de Cuyo, Argentina.
- Delgado, S., Esbec, E. y Pulido, F. (1994). Psiquiatría Legal y Forense. Madrid: Colex
- DSM-IV. Guía de uso. (1997). Edit. Masson.
- Fernandez, P. S (2014). *Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española*. Facultad de psicología, universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Gonzales, M. (2013). Crece el ausentismo laboral por enfermedades psiquiátricas. *Diario uno*. Recuperado de <http://www.unoentrerios.com.ar/laprovincia.html>
- González, J. (1991). Simulación y psicología clínico – forense. *Revista de Medicina legal de Costa Rica*, 8 (2), 39-43.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). Una guía para nombrar a los estudios de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la*

Salud, 3, 847-862. Consultada el 1 de Junio de 2013 en http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf.

- Páramo, M. A. (2009). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Pichot, P., Valdes, M. (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. Barcelona: Masson.
- Ramos, O. y Marlet, J.M. (1987). Simulación y disimulación en las pericias médico-legales. Revista española de Medicina Legal, No. 52, 53, 71-76
- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P., "Metodología de la investigación", 1991.
- Sanchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. Revista Psico- USF, 2, 163- 173. Consultada el 30 de junio de 2015 en <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a08.pdf>.
- Tapias, A., Bello, D.P, Gonzalez, J.L, Vesga, V.J. (2013). Ensayos sobre criterios de simulación de psicopatologías para argumentar inimputabilidad en procesos judiciales. *Psicología Jurídica*. Recuperado el 17 julio de 2015. <http://psicologíajuridica.org/psj6.html>.
- Stuart, J. y Clayman, P.D. (2001). Physical Symptoms, Pain and Faking in Traumatic Injury and Disability Claims. *Forensic Psychology and Psychiatry*. Disponible en: [docstu @psych9.com](mailto:docstu@psych9.com)
- Sutker, P.B. y Adams, H.E. (1993). *Comprehensive Handbook of the Psychopatology*. (Capítulo 9). New York: Plenum Press.
- Tamayo, M. (1999). *Proceso de la investigación científica*. Cali: Limusa.
- Vázquez, B. y Esteban S. Informe Psicológico. Juzgado de Instrucción Nº 5 de Madrid, en el Procedimiento Diligencias Previas 2842/ 94.

APÉNDICE: BASE DE DATOS

Género	Edad	Escolaridad	Ocupación	Psicofarmacos	Terapia
Femenino	57	Secundarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	30	Universitario	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	45	Primarios	Administrativo	Si toma	Si asiste
Femenino	44	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	46	Universitario	Odontólogo	Si toma	No asiste
Femenino	38	Universitario	Asistente dental	Si toma	Si asiste
Masculino	31	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	65	Universitario	Odontólogo	No toma	No asiste
Masculino	36	Universitario	Residente en clínica médica	No toma	No asiste
Masculino	32	Universitario	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	33	Terciarios	Docente	Si toma	No asiste
Femenino	36	Universitario	Trabajadora social	Si toma	No asiste
Femenino	61	Universitario	Nutricionista	Si toma	No asiste
Masculino	60	Secundarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Masculino	29	Universitario incompleto	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	59	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	51	Terciarios	Enfermero	Si toma	Si asiste
Femenino	49	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	42	Secundarios	Enfermero	Si toma	Si asiste
Femenino	43	Secundarios	SD	No toma	No asiste
Femenino	44	Terciarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Masculino	39	Terciarios	Enfermero	No toma	No asiste
Femenino	36	Universitario	Médico	Si toma	No asiste
Masculino	43	Secundarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	32	Universitario	Tecnica laboratorio	No toma	Si asiste
Masculino	42	Terciarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	61	Primarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	31	Terciarios	SD	Si toma	No asiste
Femenino	51	Universitario	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	37	Terciarios	Tecnica farmacia	Si toma	No asiste
Femenino	32	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	62	Secundarios	Administrativo	Si toma	Si asiste
Femenino	58	Universitario	Médico	Si toma	No asiste
Femenino	45	Terciarios	SD	Si toma	Si asiste
Femenino	52	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	58	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Masculino	50	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	50	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	30	Universitario	Trabajadora social	Si toma	No asiste
Femenino	50	Secundarios	Administrativo	Si toma	Si asiste
Femenino	57	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste
Femenino	43	Universitario	Odontólogo	Si toma	No asiste
Femenino	61	Universitario	Farmacéutica	Si toma	Si asiste
Masculino	29	Universitario	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	28	Terciarios	Administrativo	Si toma	Si asiste
Masculino	47	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	63	Universitario	Médico	Si toma	No asiste
Femenino	45	Secundarios	SD	No toma	Si asiste
Femenino	27	Terciarios	Administrativo	Si toma	Si asiste
Femenino	52	Universitario	Odontólogo	Si toma	Si asiste
Masculino	48	Universitario incompleto	Administrativo	Si toma	No asiste
Masculino	35	Secundarios	Operario de insumos	No toma	No asiste
Femenino	45	Universitario incompleto	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	48	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	61	Universitario	Enfermero	No toma	No asiste
Femenino	51	Terciarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	47	Universitario	Trabajadora social	Si toma	No asiste
Femenino	48	Universitario	Fonoaudiologa	Si toma	No asiste
Femenino	51	Universitario incompleto	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	43	Terciarios	SD	Si toma	No asiste
Femenino	43	Terciarios	SD	Si toma	No asiste
Femenino	40	Terciarios	Enfermero	Si toma	Si asiste
Femenino	45	Terciarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Femenino	43	Terciarios	Enfermero	Si toma	Si asiste
Masculino	60	Universitario	Odontólogo	Si toma	No asiste
Femenino	33	Secundarios	Administrativo	Si toma	No asiste
Masculino	58	Terciarios	Enfermero	Si toma	No asiste

Resultados del SIMS

Sims Total	Ps	Dn	An	Bi	Af
18	2	6	0	2	8
17	1	4	1	2	9
12	0	0	0	3	9
22	0	4	4	6	8
10	2	3	0	1	4
10	1	1	0	3	5
5	0	0	1	1	3
15	1	1	2	1	10
9	1	0	0	4	4
11	0	3	0	1	7
27	3	5	8	4	7
12	3	1	2	1	5
9	0	0	0	6	3
37	0	9	11	8	9
24	1	6	7	1	9
7	0	0	0	1	6
36	1	11	11	4	9
29	1	8	9	2	9
27	0	8	7	3	9
16	1	5	2	1	7
16	0	4	1	3	8
11	1	3	0	4	3
10	0	0	0	1	10
23	1	6	3	4	9
12	1	0	1	2	8
23	1	4	5	5	8
14	1	1	1	3	8
39	3	11	9	4	12
27	1	8	5	5	8
12	0	2	0	3	7
36	3	9	7	5	12
11	1	2	1	2	5
17	0	2	6	4	5
30	2	8	7	2	11
7	0	1	1	1	4
10	0	3	2	1	4
17	0	5	4	2	6
9	1	0	0	3	5
13	0	2	3	2	6
12	0	2	4	1	5
25	0	9	7	2	7
13	0	3	1	2	7
11	0	1	2	1	7
24	1	5	9	2	7
14	0	1	4	0	9
14	1	5	0	0	8
7	0	1	1	1	4
13	0	1	0	3	9
46	10	10	9	7	10
27	0	8	7	2	10
13	0	1	1	1	10
9	0	1	0	5	3
19	2	4	1	2	10
32	0	9	10	2	10
17	1	2	2	3	9
7	1	0	0	0	6
8	0	0	1	3	4
16	0	5	1	1	9
35	2	8	11	5	9
28	1	8	6	4	9
21	1	5	3	5	7
29	11	5	1	5	7
24	0	5	5	5	9
21	1	3	6	2	9
8	0	0	1	2	5
20	0	5	3	3	9
13	0	1	1	0	11

Resultados del MCMI-III

Validéz	Sinceridad	Deseabilidad Social	Devaluación
0	78	55	73
0	79	23	79
0	63	65	53
0	88	50	85
0	62	80	70
0	69	85	60
0	64	66	63
0	60	45	50
0	21	75	51
0	69	57	85
0	79	45	81
0	63	45	70
0	49	89	26
0	56	44	79
0	84	14	95
0	56	75	58
0	55	65	81
0	96	55	77
0	57	70	77
0	69	85	63
0	79	50	73
0	43	90	40
0	47	60	60
0	0	39	93
0	54	70	58
0	56	66	66
0	78	35	81
0	81	23	85
0	56	85	63
0	68	55	77
0	76	35	81
0	24	70	43
0	63	70	65
0	85	60	94
0	62	65	70
0	51	12	60
0	84	57	89
0	43	65	26
0	58	71	56
0	45	65	53
1	70	45	77
0	58	89	65
0	55	65	63
1	66	66	70
0	55	85	60
0	73	39	85
0	19	93	38
0	59	40	75
0	100	40	91
0	30	75	60
0	47	44	75
0	10	62	37
0	73	40	79
0	79	65	81
0	56	45	58
0	56	96	40
0	34	89	43
0	58	45	79
0	59	89	55
0	63	75	60
0	46	65	60
0	75	60	77
0	88	29	94
0	79	60	75
0	41	80	51
1	64	50	77
0	54	75	63

Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo-Sádico	Compulsivo	Pasivo-Agresivo	Autodestructiva
67	70	75	73	23	60	60	60	63	68	56
66	85	100	108	23	30	60	38	64	69	68
63	83	54	54	32	36	24	67	71	66	29
54	78	82	86	18	46	46	57	54	69	68
43	59	74	54	67	62	60	30	80	55	62
34	37	54	75	72	69	63	68	49	73	39
23	58	80	60	51	65	63	38	47	68	62
74	75	75	60	14	48	12	38	80	60	59
38	16	14	33	36	62	0	0	75	13	23
75	62	61	71	27	67	60	62	57	63	56
63	78	81	83	63	42	65	60	55	77	67
63	69	79	60	51	36	62	64	64	55	62
63	44	9	60	70	65	24	38	75	22	29
45	62	71	75	21	54	9	22	78	53	53
75	65	74	105	17	50	55	50	0	59	65
66	52	29	48	65	62	62	60	73	27	49
69	64	39	69	46	30	36	53	73	33	59
71	80	83	80	63	74	68	115	60	79	74
63	57	42	42	37	60	60	67	71	55	58
34	29	59	48	65	72	48	80	73	71	29
68	69	75	36	22	54	54	66	65	65	65
53	17	23	27	75	72	34	22	68	27	24
62	74	44	48	46	24	36	53	66	49	29
85	68	66	66	0	27	52	54	23	65	58
43	23	50	36	55	69	48	68	69	55	50
76	32	73	61	35	70	42	68	68	68	64
66	76	76	64	37	58	55	58	63	64	59
92	76	107	75	0	22	28	30	56	69	60
65	14	44	48	63	65	48	61	73	55	49
26	64	78	78	55	48	62	65	66	66	62
68	75	77	69	39	59	62	58	41	61	68
60	30	30	0	32	48	24	8	75	22	20
63	79	49	75	51	36	48	60	73	38	60
63	74	67	72	17	19	51	57	55	70	59
68	37	44	42	46	68	62	61	71	75	39
43	53	79	69	37	42	60	38	22	62	67
60	73	65	69	14	44	57	63	34	68	61
62	38	25	24	60	63	60	23	68	55	40
75	34	68	20	36	63	26	67	85	63	48
74	60	45	24	28	36	12	38	69	44	60
74	80	59	60	23	36	36	61	80	49	70
9	14	39	18	75	69	65	68	64	77	9
65	59	74	12	32	69	36	67	73	49	29
63	39	71	60	45	97	65	69	32	65	32
34	23	35	69	80	68	60	63	64	44	10
72	82	82	99	5	29	25	0	84	65	64
43	8	15	0	65	63	0	23	71	0	0
75	78	80	48	14	30	36	53	71	38	39
72	84	100	108	37	68	79	115	33	115	115
38	14	24	13	55	43	31	33	61	33	0
45	28	71	66	33	48	9	30	60	40	56
64	54	11	19	32	71	37	18	55	31	11
71	75	79	77	13	62	23	62	68	72	60
63	24	74	79	66	62	59	54	54	60	61
65	79	44	60	32	30	67	60	64	38	59
66	8	25	30	75	77	63	60	68	44	30
43	23	10	12	68	63	63	38	62	27	0
63	28	77	30	51	66	62	64	55	64	58
43	8	35	18	73	69	73	72	38	64	50
72	75	49	83	42	60	0	30	75	33	63
68	52	49	12	60	65	36	45	64	22	49
69	74	73	66	39	57	33	60	68	63	65
60	66	86	55	0	51	53	60	48	67	58
62	70	54	74	8	48	59	65	65	67	65
45	9	15	0	60	67	51	60	51	63	12
61	43	76	37	41	49	58	62	55	61	63
68	58	66	64	42	65	51	45	57	47	10

Esquizotipico	Limite	Paranoide	T. Ansiedad	T. Somato	T. Bipolar	T. Distimico	Dep.Alcohol	Dep.Sustancias	Est. Postraumático	Pensamien	Depre Mayor	T. Delirante
55	42	69	72	80	72	72	72	57	57	37	65	60
62	73	68	99	78	50	100	60	30	63	60	73	63
62	20	71	75	34	50	38	40	30	40	33	38	63
68	69	60	102	70	55	77	64	52	65	62	62	67
66	53	61	93	75	93	53	63	62	69	53	68	72
65	63	85	101	9	82	68	69	60	70	67	30	75
0	66	60	85	64	82	68	64	81	66	71	48	60
60	62	65	75	65	66	77	40	30	60	63	53	63
47	8	30	0	65	0	10	30	0	12	0	63	0
62	59	66	109	75	63	80	68	60	70	75	98	64
67	78	71	101	95	75	108	60	63	73	95	79	63
63	63	60	96	78	78	77	60	60	66	62	81	0
0	7	67	75	9	20	23	40	60	50	13	15	63
60	68	62	112	80	66	74	45	0	67	78	85	60
60	71	58	109	79	69	79	62	39	69	89	92	0
12	40	61	93	75	60	75	63	63	30	47	75	0
68	39	65	104	83	75	77	40	0	69	70	77	63
70	78	85	99	51	85	83	75	63	68	70	68	75
59	74	63	104	85	72	93	60	60	74	65	105	60
48	63	70	90	70	72	45	60	60	50	47	63	66
56	27	71	86	76	62	74	65	26	61	36	69	65
36	26	64	45	64	40	10	45	15	12	9	48	64
35	32	0	34	75	40	77	20	60	20	20	65	0
53	100	54	92	63	58	72	63	55	63	87	94	52
0	27	24	34	34	0	30	60	30	20	13	38	66
35	8	8	93	72	35	71	50	35	75	39	72	5
59	65	69	96	82	66	74	60	27	70	65	78	66
66	70	64	105	78	35	95	15	57	80	70	80	58
61	20	63	99	78	60	75	60	0	70	63	68	60
61	67	64	99	78	69	78	66	60	80	62	81	60
62	70	60	99	83	48	80	64	58	64	66	71	58
0	7	24	0	70	50	38	60	0	10	13	45	0
23	46	48	75	60	75	80	63	30	30	27	65	0
62	70	68	106	79	76	87	63	54	69	64	75	94
60	52	70	93	78	50	80	66	60	61	40	63	66
64	68	63	88	51	75	75	60	60	61	63	63	60
68	69	68	103	74	66	69	62	59	68	86	74	69
48	33	63	36	26	60	23	60	62	50	33	15	0
12	43	66	45	68	30	66	30	0	24	51	65	0
24	33	60	51	75	20	60	40	30	64	60	63	60
65	62	65	93	83	75	83	63	60	74	73	83	63
0	46	65	75	80	72	77	40	62	30	40	68	60
60	27	63	43	80	20	75	66	30	50	40	60	60
60	63	75	97	71	85	50	60	45	48	75	70	83
0	53	61	43	75	69	68	40	60	20	53	75	0
64	67	61	102	70	49	79	59	14	69	77	88	0
0	0	0	51	34	50	38	0	0	64	0	23	0
61	59	24	101	78	30	80	60	0	69	60	75	60
75	85	93	115	83	108	100	80	72	85	80	79	100
0	13	7	85	72	57	57	37	27	47	37	60	0
57	57	0	106	85	40	73	0	0	85	78	80	0
35	20	51	36	52	16	16	51	6	18	6	42	66
61	62	70	87	84	39	92	62	29	73	52	78	71
54	67	30	93	111	68	79	71	59	62	66	79	59
60	53	61	85	60	20	75	69	65	40	20	60	63
0	33	48	34	26	40	38	60	60	10	13	23	60
24	13	24	51	65	50	23	66	60	0	47	45	0
62	74	12	93	85	40	85	40	62	73	70	81	0
48	47	70	60	83	85	60	75	65	20	13	60	75
62	39	70	107	78	72	77	40	0	63	62	63	80
63	33	48	60	83	60	75	60	0	50	47	75	63
68	57	82	113	78	58	76	38	28	72	65	77	94
60	70	60	96	97	58	77	58	52	60	72	77	77
18	47	58	84	74	59	81	68	58	64	36	73	0
36	26	10	45	68	60	50	30	45	24	60	65	0
66	77	69	107	92	63	82	60	57	71	69	82	69
62	33	73	85	69	20	64	60	30	64	34	68	64