

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

TESIS DE LICENCIATURA

“Evaluación de Simulación de Enfermedad Mental con el MIPS y el MMPI-II”

Alumna: D’Agostino, María Cecilia

Director de Tesis: Lic. Omar Mejías

-Mendoza, Abril de 2011-

HOJA DE EVALUACIÓN

Presidente del tribunal:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: **Lic. Omar Mejías**

AGRADECIMIENTOS

En especial a mi esposo Fernando por estar en cada momento de mi carrera apoyándome para terminar. Y gracias por ser mi compañero incondicional en la vida.

A mis papás por estar desde un comienzo acompañándome en este camino de formación profesional y apoyándome en cada decisión, estando siempre en los momentos más difíciles de la vida y la carrera.

A mis hermanos Nati y Carlos, a mis cuñados y a mis cuatro sobrinos por acompañarme durante toda la carrera, motivándome para llegar a la meta.

A mi director de tesis, Lic. Omar Mejia, por acompañarme en este trabajo y ayudarme a finalizar la carrera.

INDICE

Título.....	1
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Resumen	8
Abstract	9
Introducción.....	10
Primera parte: Marco teórico.....	14
CAPÍTULO I: CONTROVERSIA: SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	15
1.1. Salud Mental.....	16
1.2. Concepción de trastorno mental	17
1.3. Clasificación DSM-IV.....	19

1.3.1 Grupo A: Enfermedad mental.....	19
1.3.2. Grupo B: Depresión.....	22
1.3.3 Grupo C: Fobia.....	26
1.3.4. Grupo D: Trastorno por estrés postraumático.....	30

CAPÍTULO II SIMULACIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL..... 34

2.1. Principales acepciones.....	35
2.2. Signos para la detección de simulación.....	36
2.3. Pruebas específicas para evaluar simulación.....	44
2.4. Signos generales para la detección de la simulación.....	45
2.5. Disimulación.....	48

CAPÍTULO III INVENTARIOS DE PERSONALIDAD.....50

3.1. Definición de personalidad.....	51
3.2. MMPI-2 Inventario multifásico de personalidad de Minnesota.....	51
3.2.1 Introducción.....	51
3.2.2. Sujetos a los que les es aplicable.....	52
3.2.3. Descripción e interpretación de las escalas.....	53
3.3. MIPS Inventario Millon.....	68

Parte II: Marco Metodológico.....	78
CAPÍTULO IV OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	79
4.1. Objetivos.....	80
4.2. Hipótesis.....	80
4.3. Tipo de estudio o diseño.....	81
4.4. Descripción de la muestra.....	82
4.5. Sujetos.....	82
4.6. Instrumentos y procedimientos de evaluación.....	83
CAPÍTULO V: RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	86
5.1. Análisis de los datos MMP-2.....	87
5.2. Grupo total de simuladores.....	87
5.3. Grupo A: Enfermedad mental.....	91
5.4. Grupo B: Simuladores de Depresión.....	94
5.5. Grupo C: Simuladores de Fobia.....	96
5.6. Grupo D: Simuladores de Trastorno por estrés postraumático.....	98
6. Análisis de datos MIPS.....	106
Conclusiones.....	107
Bibliografía.....	110

RESUMEN

La simulación se la define desde diferentes disciplinas; sin embargo una de las más completas es la que se da desde el punto de vista psicológico siendo: una manifestación conscientemente falsa, con un determinado fin, mediante el engaño de otros. Se podría decir que es una mentira plástica, en la cual el sujeto puede fingir, alegar, exagerar, falsear el origen y disimular una enfermedad, física y/o psicológica, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada, y con un esfuerzo mantenido que durante un tiempo determinado busca el conseguir un beneficio o provecho inmediato.

En la simulación se dan tres condiciones; la voluntad consciente del fraude, la imitación de trastornos psicológicos o sus síntomas y, la última, una finalidad utilitaria, beneficio o provecho inmediato para el simulador, quien tendrá mayores posibilidades de actuar con eficacia cuanto más elevado sea su coeficiente intelectual y cuanto más conocimiento posea sobre psiquiatría o psicología, o sobre pacientes psiquiátricos.

Para la presente tesis se utilizó el MMPI-2 como método de evaluación de simulación, así como también se tuvo en cuenta la aplicación del MIPS, como inventario de personalidad, para realizar posibles comparaciones con los resultados obtenidos en el MMPI-2.

ABSTRACT

The simulation is defined from different disciplines. However one of the more complete is the one that is given from a psychological point of view being: a false manifestation consciously, with an indefinitely end by the mistaken of others. It might say that it is like a plastic lie, in which the subject can pretend to feign, to allege, to exaggerate, to forge the origin and to dissimulate an illness, physical and / or psychological, in order to cheat others with a certain purpose, and with a supported effort that during a certain time seeks to obtain a benefit or an immediate profit.

In the simulation are given three conditions: the conscious will of the fraud, the imitation of psychological disorders or his symptoms and, the last one a utilitarian purpose, benefit or immediate profit for the simulator who will have more possibilities of operating with efficiency and how much higher is his intellectual coefficient. And how much more knowledge possesses on psychiatry or psychology, or about psychiatric patients.

For the present thesis the MMPI-2 was the method for the evaluation of simulation, as well as also the application of the MIPS was an inventory of personality to realize possible comparisons with the results obtained in the MMPI-2.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta tesis he intentado hacer un recorrido teórico de los distintos autores que versan sobre el tema simulación de enfermedad mental, en relación a esto se pueden ver tres grandes ejes, en un primer eje, comencé investigando acerca del concepto de *enfermedad mental*, abordando conceptos como salud mental y trastornos mentales. El segundo eje trata acerca del concepto de *simulación*, en el mismo se hace hincapié principalmente en la definición y las principales características, así como también los signos para su detención. El tercer y último eje trata específicamente sobre los dos *inventarios de personalidad* utilizados para la investigación de la presente tesis, en este eje se hace mención además del concepto de personalidad, ya que existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a diversos trastornos mentales.

La principal investigación de esta tesis se basa en poder evaluar si una persona con conocimientos en Psicología podría simular los síntomas de una enfermedad mental y si esta simulación podría ser comparada con rasgos de personalidad obtenidos en el Mips.

Los objetivos de la presente tesis son:

- Identificar índices de simulación mediante la aplicación del MIPS y el MMPI-2
- Identificar patologías que más se simulan en una muestra de estudiantes avanzados de psicología.
- Realizar posibles comparaciones entre los resultados obtenidos en el MIPS y el MMPI-2

Las hipótesis planteadas son:

- El MMPI-2, tiene una alta eficacia en detectar sujetos que simulan patologías mentales.
- La escala F del MMPI-2 se verá aumentada en la simulación de todos los grupos.
- La escala preservación del Mips sirve para obtener datos acerca de la simulación.

Estado actual del problema:

El término "simulación", puede llevarse a diferentes vertientes, ya que puede deberse a actitudes de encubrimiento, de fingimiento o engaño, o bien de invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico, o de una

incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de esta, y de la que se deriva alguna ventaja personal.

La simulación es la producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos falsos o groseramente exagerados, con el fin de obtener un beneficio secundario, por ejemplo: compensaciones, dinero, drogas, evadir responsabilidades o deberes civiles o penales o situaciones peligrosas. No conforma un trastorno mental, aunque puede coexistir con otros trastornos, como el trastorno antisocial de la personalidad.

José Ingenieros (1956) define la simulación como un medio fraudulento en la lucha por la vida. Es una conducta dirigida a un fin específico y discernible.

Gorman (1982) plantea la cuestión de si la simulación puede ser, en sí misma, reflejo de algún trastorno mental. Ello puede resultar bastante claro en el llamado trastorno "facticio" o ficticio, en donde la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo; en el trastorno histriónico de la personalidad, por la falta de control sobre su conducta manipuladora; pero también pudiera ser un comportamiento neurótico la exageración consciente de molestias físicas o mentales para conseguir un objetivo económico, laboral, profesional, etc., ya que ninguna persona en sus cabales suele llegar a esos extremos, ni escogería rutas tan tortuosas y dolorosas, para obtener posibles ganancias. Sin embargo, desde el Derecho, no se hacen estas

matizaciones y se considera que ciertos comportamientos tienen una intención clara por parte de la persona que los lleva a cabo.

Aspecto metodológico

La técnica consta de 567 ítems, la muestra será seleccionada de manera intencional, compuesta por veinte sujetos entre 20 y 37 años, todos alumnos avanzados de la carrera de psicología.

La consigna será que divididos en 4 grupos simulen diferentes patologías, el primer grupo debe se le da la consigna de simular una enfermedad mental, el segundo una depresión, el tercer grupo simulará una fobia y el último grupo un trastorno por estrés postraumático.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONTROVERSIA:

SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

1.1. Salud Mental

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la Organización mundial de la salud (OMS) dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

1.2. Concepción de trastorno mental

Según la OMS, la mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

El término "trastorno mental" implica una distinción entre trastornos "mentales" y "físicos" (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de "físico" en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos". El problema planteado por el término trastornos "mentales" ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el

mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1.994.

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como un "esquizofrénico" o "un alcohólico" y emplea las frases "un individuo con esquizofrenia" o "un individuo con dependencia del alcohol".

1.3. Clasificación DSM-IV

A continuación, tomando la clasificación del DSM IV se describirán las patologías usadas en el trabajo de investigación.

1.3.1 Grupo A: ENFERMEDAD MENTAL

En este grupo se dio la consigna de simular un enfermedad mental, sin mencionar ninguna en particular, en este caso, según el análisis de resultados, la enfermedad que más se simuló fue la Esquizofrenia, de manera que a continuación se desarrollarán brevemente los principales síntomas.

Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han

descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

1.3.2. Grupo B: DEPRESIÓN

A. Episodio Depresivo Mayor

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- Estado de ánimo depresivo
- Pérdida de interés o de la capacidad

para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), **o pérdida o aumento del apetito casi cada día**. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia (*sueño excesivo*) casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica".

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

B. Trastorno distímico

1. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

2. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

a. Pérdida o aumento de apetito.

- b.** Insomnio o hipersomnia.
- c.** Falta de energía o fatiga.
- d.** Baja autoestima.
- e.** Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- f.** Sentimientos de desesperanza.

3. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

4. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

5. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

6. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

7. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

8. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico): Con síntomas atípicos.

1.3.3 Grupo C: FOBIA

A. Fobia específica

1. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

2. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

3. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

4. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

6. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

7. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua).

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

B. Fobia social

1. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

2. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los

niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

3. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

4. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

6. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

7. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

8. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la

tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

1.3.4. Grupo D: Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

CAPÍTULO II

Simulación de enfermedad mental

2.1. Principales acepciones

La etimología de la palabra **simulación** se deriva del latín *simulatio*, cuyo significado es la acción de simular o imitar lo que no se es.

Desde González (1991) se la define desde diferentes disciplinas; sin embargo una de las más completas es la que se da desde el punto de vista psicológico siendo: una manifestación conscientemente falsa, con un determinado fin, mediante el engaño de otros. Se podría decir que es una mentira plástica, en la cual el sujeto puede fingir, alegar, exagerar, falsear el origen y disimular una enfermedad, física y/o psicológica, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada, y que con un esfuerzo mantenido durante un tiempo determinado busca el conseguir un beneficio o provecho inmediato.

Según American Psychiatric Association, en el DSM-IV se la 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".

Gorman (1982) plantea la cuestión de si la simulación puede ser, en sí misma, reflejo de algún trastorno mental. Ello puede resultar bastante claro en el

llamado trastorno "facticio" o ficticio, en donde la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo; en el trastorno histriónico de la personalidad, por la falta de control sobre su conducta manipuladora; pero también pudiera ser un comportamiento neurótico la exageración consciente de molestias físicas o mentales para conseguir un objetivo económico, laboral, profesional, etc., ya que ninguna persona en sus cabales suele llegar a esos extremos, ni escogería rutas tan tortuosas y dolorosas, para obtener posibles ganancias.

La simulación es la producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos falsos o groseramente exagerados, con el fin de obtener un beneficio secundario.

2.2 Signos para la detección de simulación

Citando a Marco y col. (1990), existen signos que sirven como evidencia objetiva de 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.

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.

Presentan abundancia de respuestas evasivas si están dirigidas a una cuestión vital para el simulador; contestaciones burlescas, irónicas y ridículas.

B- Exageración:

Los simuladores creen de forma equivocada que entre más extraños parezcan, más creíbles son.

C- Llaman la atención sobre su enfermedad:

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, desaliñadas, 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" porque 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 autolesionismo, 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 lo 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:

Existe una falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana. Ej. 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 sujeto referido a ejecutar correctamente

ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognoscitivos y la falla 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. La alta incidencia de respuestas "aproximadamente correctas" en oposición a las "claramente correctas". Iruarrizaga (1999).

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 qué 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 simuladores; 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 el 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). En personas preparadas académicamente en temas relacionados (psicólogos, psiquiatras, médicos, etc.) es más difícil detectar la simulación de psicopatologías que en personas que no tienen una preparación académica extensa o de éste tipo. (Rogers y col., 1996).

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 como falta de concentración y desórdenes específicos. (Marco y col., 1990). Mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas; y a ninguna entidad clínica en particular. 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.

N- 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. (Iruarrizaga, 1999).

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, 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.

2.3. Pruebas específicas para evaluar simulación

1. MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): Evalúa la personalidad y tiene una considerable efectividad para medir fingimiento.
2. Bender Gestalt. Es un buen discriminador siempre que se utilicen los seis criterios para simulación de Bender.
3. PAI (Inventario de Valoración de Personalidad) Parece tener un éxito moderado en la detección de individuos simuladores. La simulación de psicopatologías se aprecia a través de la escala negativa de impresión NIM.
5. Pruebas Identificativas Simples: Consiste en mostrar al sujeto objetos de uso cotidiano, al identificar, el simulador dice que no sabe o se equivoca.
6. Prueba de Störring: Se le hace calcular al individuo una operación aritmética. Los simuladores manifiestan no acordarse de estas operaciones o se equivocan en un número.

7. Prueba de los Dígitos: Consiste en pronunciar lentamente 6 u 8 dígitos y pedir que los repita. El simulador dice no poder recordar ni una sola cifra o falla siempre en dos cifras situadas en el mismo lugar en el número.

2.4. Signos generales para la detección de la simulación

Los 19 signos generales para la detección de la simulación de psicopatologías, como criterio básico para el peritaje, se pueden clasificar en las siguientes tres categorías:

A-Comportamiento durante la evaluación forense:

1. Retención de información y falta de cooperación.
2. Exageración.
3. Llaman la atención sobre su enfermedad.
4. Actúan como sordos y tontos.
5. Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula.
6. Ausencia de perseveración.
7. Presentan incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad vital del evaluado.
8. Manifiestan alteraciones del lenguaje no verbal.

B- Características de los síntomas simulados:

- 1- Inconsistencia de los síntomas en el tiempo.

- 2-** No mantienen síntomas por períodos largos.
- 3-** Dificultad para fingir síntomas fisiológicos.
- 4-** Presentan sólo síntomas evidentes en relación con el conocimiento previo de la enfermedad.
- 5-** Presentan más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros.
- 6-** Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos.
- 7-** Aspectos del historial clínico y judicial: presentan discrepancia entre el autor reporte y los archivos médicos.
- 8-** Ausencia de motivaciones psicóticas asociadas a sus ofensas.
- 9-** Evidencia de complicidad.
- 10-** Evidencia de engaños anteriores.
- 11-** Evidencia de inestabilidad laboral.

Estos signos indicarán la presencia de la simulación de psicopatologías a peritos en psicología y psiquiatría forense. No obstante es necesario el conocimiento y la experiencia en la psicopatología clínica, profundizando en los signos de simulación tanto generales como específicos para cada cuadro diagnóstico, de tal manera que el dictamen sea más preciso.

Además se considera pertinente enfatizar la investigación de simulación de algunas psicopatologías específicas que, según se detectó a través de esta revisión, pueden tener mayor probabilidad de ser simuladas como algunos

trastornos de la personalidad, por ejemplo la de tipo antisocial, la cleptomanía, la piromanía, los trastornos por ansiedad y por estrés agudo.

Con base en estos signos se puede generar un protocolo de evaluación para todos los casos en que se sospeche de simulación.

Se sugiere que siempre la evaluación sea realizada por dos peritos, de manera independiente, incluyendo psicólogos y psiquiatras. Adicionalmente sería útil que se unificaran los conocimientos de los peritos, para que evalúen con los mismos criterios y recurrir a otras fuentes de información como allegados del imputado. Se aconseja siempre el uso de al menos una de las pruebas ya sean clínicas, neuropsicológicas, o pruebas específicas de simulación en el medio forense y pruebas bioquímicas.

Es importante que la valoración del psicólogo o psiquiatra forense se realice tempranamente, teniendo en cuenta que cualquier psicopatología puede ser simulada y mientras más tiempo pase entre la detención y el proceso de evaluación por parte de peritos, el sindicado tendrá mayor posibilidad de refinar su simulación y por ende dificultar su detección.

Si el campo de la psicología forense busca generar datos, sería importante no sólo conocer la clase y la frecuencia de los test usados en evaluaciones forenses, sino también conocer las opiniones de un grupo experto, respecto a la importancia de tales test en tipos específicos de evaluaciones, además sería importante examinar las opiniones y modelos de uso entre psiquiatras forenses y

psicólogos forenses, ya que los objetivos de las evaluaciones son las mismas para ambas disciplinas.

2.5. Disimulación

Diferente a la simulación, es la **disimulación**, en la que la persona procura esconder, disfrazar o modificar su lesión o enfermedad cuya finalidad engañosa es el beneficio perseguido y /o la utilización del beneficio obtenido. Esto es frecuente en los exámenes de admisión, en la contratación de seguros, entre otros. (Marco et al.1990).

También definida como la simulación de un estado de salud mental llevada a cabo por un alienado mental.

En el ámbito jurídico se da con frecuencia en cuestiones de incapacitación de un sujeto, impugnación matrimonial, herencia, en las que la persona, ante el temor de perder su personalidad jurídica o la imposibilidad de casarse, por ejemplo, procura que pasen desapercibidos los síntomas que en realidad padece.

CAPÍTULO III

INVENTARIOS DE PERSONALIDAD

3.1. Definición de personalidad

Citando a Allport el término personalidad se refiere a lo particular y lo general, la define como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamientos característicos.” La **personalidad** es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona o varias circunstancias.

Desde Brenda y Prado, el estudio de la personalidad tiene interés tanto para el desarrollo de teorías psicológicas que provean modelos de conocimientos y predicción de la conducta individual como para la orientación de sujetos normales y la intervención y ayuda a los sujetos perturbados.

En la evaluación de la personalidad podemos distinguir aquella actividad que permite llegar a la comprensión de la conducta de un sujeto en particular, es decir la evaluación clínica, de la que se lleva a cabo en la investigación para fundamentar una teoría, realizada generalmente sobre grupos de personas.

3.2. MMPI-2 INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE

MINNESOTA -2

3.2.1 Introducción

El inventario Multifásico de personalidad es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales.

- Objetivo: Evaluar patrones de personalidad y trastornos emocionales
- Edad: Adultos de 18 a 65 años.
- Administración individual o colectiva
- Tiempo de toma: de 60 a 90 minutos
- Significación: evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad a través de tres grupos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Contiene también un grupo de escalas llamadas de validez.
- Cuadernillo con 567 ítems

3.2.2. Sujetos a los que les es aplicable

La utilidad de la información obtenida mediante el MMPI-2 depende en gran medida de la capacidad del sujeto para comprender las instrucciones del test,

cumplir con las demandas de la tarea, comprender e interpretar el contenido de los ítems en relación a sí mismo y registrar estas auto- atribuciones de modo sincero.

Es vital que el administrador del instrumento esté alerta a la presencia de algunas condiciones incapacitantes, tales como agudeza visual limitada, dislexia o afasia, trastorno de aprendizaje, intoxicación por drogas o alcohol o estado de “ausencia mental”, reacciones tóxicas a diversos agentes infecciosos u otros delirios orgánicos, desorientación causada por daño cerebral.

3.2.3. Descripción e interpretación de las escalas

a- Escalas de validez

1- Escala Interrogante (?)

El puntaje de esta escala es el número de reactivos que el sujeto ha dejado sin responder. A pesar de que en las instrucciones se les señala a los sujetos que traten de no dejar ningún ítem sin responder, puede ocurrir que se omita responder a alguna de las afirmaciones y que aún en alguna de ellas haya marcado las dos opciones.

Esta no es una escala en sentido estricto ya que no está conformada por un grupo preciso de ítems. Sin embargo se considera una escala de validez en la medida en que la cantidad de ítems que el sujeto deja de responder acorta artificialmente las otras escalas ya que estos quedan excluidos del computo, lo que podría conducir a puntuaciones más bajas en el resto de las escalas. Algunos

autores consideran que si un protocolo contiene más de 30 ítems sin responder es un protocolo no válido. Sin embargo, es recomendable que aún cuando el sujeto sobrepase el número máximo esperado, el examinador verifique a cuales ítems el sujeto ha dejado de responder, ya que puede existir algún área específica a la que el sujeto evita dar respuesta. Lo normal es que una persona deje entre 1 y 5 ítems sin responder. Con esta puntuación es poco probable que el perfil aparezca distorsionado, aun cuando todos ellos pertenecieran a la misma escala.

En cuanto a las características psicológicas asociadas a la falta de hacer frente a los ítems, se pueden plantear diversas hipótesis interpretativas. Desde luego una cantidad numerosa de respuestas omitidas puede estar determinada por escasa capacidad de comprensión, una pobre habilidad lectora o confusión mental.

También puede responder a una actitud defensiva, intencionada o no, que trata de evitar admitir aspectos no deseados de su persona. Las personas indecisas, ambivalentes u obsesivas pueden también no responder a un número importante de ítems.

2- Escala L: Mentira

Está formada por 15 ítems que se refieren a actitudes socialmente reprobadas, como sentimientos agresivos, malos pensamientos, pérdida de control y la conformidad, pero en las cuales la mayoría de los individuos normales ha caído alguna vez. El puntaje en esta escala está conformado por la cantidad de falsos con que el individuo responde a estos ítems.

Es una escala de validez ya que se supone que la actitud con que el sujeto ha respondido a este conjunto de ítems será semejante a la que ha mantenido a lo largo del cuestionario. Por ello puede suponerse que mientras más alta sea la escala L, más baja será la elevación de las escalas clínicas, ya que la negación de características negativas afectará a todo el registro del sujeto.

Los puntajes altos en esta escala señalan un intento más bien burdo e ingenuo de causar buena impresión y por ello son más frecuentes en sujetos con un nivel cultural y educacional más bajo. Esto hace necesario considerar el nivel sociocultural del sujeto al interpretar los puntajes.

Los puntajes elevados se asocian también a características psicológicas como escrupulosidad, moralismo, convencionalismo, insight disminuido, conformismo y el uso de mecanismos de negación y represión.

Las puntuaciones bajas permiten suponer que el sujeto ha respondido con franqueza y tiene la suficiente confianza en sí mismo como para poder admitir fallas menores y también que se trata de personas naturales y relajadas.

Al completar el MMPI-2, algunos individuos no siguen las instrucciones del test respecto a contestar los ítems según se adecuen a ellos mismos. Por el contrario, describen sistemáticamente a quien perciben como alguien que tiene a una personalidad perfecta o un ajuste ideal.

Aunque la escala L puede reflejar engaño en la situación del test, no puede ser considerada como una medida de alguna tendencia general a mentir, inventar, engañar a otros en las actividades diarias.

Una puntuación inferior al promedio en la escala L, indica que el sujeto estuvo completamente libre de la tendencia de colocarse a sí mismo en una posición inusualmente favorable.

Puntuaciones muy bajas suelen acompañarse de puntuaciones muy bajas en la escala K, lo que reflejaría un esfuerzo realizado para exagerar problemas emocionales y dificultades de ajuste.

Puntuaciones moderadamente altas en la escala L pueden no ser indicativas de una aproximación marcadamente defensiva al test, aunque pueden reflejar una perspectiva fuertemente moralista o muy reservada.

Puntuaciones L marcadamente elevadas reflejarían bastante bien una orientación contaminada del test que afectaría negativamente al significado de las puntuaciones en las escalas clínicas.

3- Escala F: Incoherencia

Está formada por 64 ítems que fueron incluidos porque no más del 10% del grupo normativo los responde en la dirección significativa. Se refieren a pensamientos extraños, experiencias peculiares, sentimientos de alienación o aislamiento, creencias contradictorias, etc.

Un puntaje alto en esta escala puede originarse en un patrón desviado de respuesta, como por ejemplo responder al azar, todo verdadero o todo falso. Además puede estar determinado por un intento deliberado por aparecer alterado (fake - bad) que entre otras razones puede surgir de la necesidad de recibir

atención y ayuda (grito de ayuda). Este mismo conjunto de causas señalado por la elevación de la escala F puede afectar al resto de las escalas y limitar su validez.

Desde el punto de vista psicológico los puntajes altos se asocian a patologías psiquiátricas y las elevaciones algo más moderadas en esta escala corresponden a patología neurótica severa, sujetos poco convencionales, jóvenes con crisis de identidad.

Los puntajes muy bajos (44 o menos) pueden indicar una negación de alteraciones o un deliberado falseamiento positivo (fake – good).

Los individuos que no quieren cooperar con las instrucciones del test pueden simular responder al MMPI-2, pero contestando a los ítems de forma virtualmente azarosa.

Algunos sujetos pueden obtener una puntuación algo superior debido a que describen sentimientos o reacciones inusuales en circunstancias a las que están enfrentándose, o debido a una patología significativa.

Las puntuaciones en F superiores a T 79 pero inferiores a T 100, pueden indicar problemas emocionales de un grado significativo.

4-Escala K: Corrección

Está compuesta por 30 ítems que mostraron la discriminación entre sujetos anormales que producían perfiles normales y sujetos normales, agregándole posteriormente un grupo de ítems que permitían diferenciar casos con patología real de aquellos que deliberadamente aparecían perturbados.

Su contenido se refiere a la negación de dificultades en diversos ámbitos como el familiar, con respecto a si mismo, etc. Por ello un puntaje alto en esta escala frecuentemente se asocia con puntuaciones bajas en las escalas clínicas, que pueden no ser absolutamente válidas. Este efecto se supone que se corrige al agregar proporciones del puntaje bruto de K al puntaje bruto de algunas de las escalas clínicas. Un puntaje alto en esta escala muestra una actitud defensiva de tratar de aparecer más normal, limitado autoconocimiento e insight. Una elevación más moderada supone autoaceptación y una estructura defensiva que le permite al sujeto un funcionamiento eficiente.

Un puntaje bajo en esta escala pueden representar una disminución de la defensividad normal que en ocasiones se asocia a la búsqueda de atención y ayuda y un autoconcepto negativo.

Cuando el puntaje está dentro del promedio. El sujeto mantiene un equilibrio sano entre la autoevaluación positiva y la autocrítica.

La defensividad que expresa la escala K es más sutil y sofisticada que la que muestra la escala L y por lo tanto es más representativa de sujetos de nivel cultural y educacional más alto. Del mismo modo que en la escala L, en este caso también es necesario tener en cuenta el nivel socio-cultural del sujeto cuando se interpreta su puntaje en esta escala.

El contenido de los ítems cubre un rango de características que muchos individuos prefieren negar acerca de sí mismos y de sus familias.

Las puntuaciones superiores a la media pueden reflejar la tendencia al sesgo, de las propias respuestas en una dirección que minimiza las implicaciones de un pobre control emocional e ineficiencia personal.

Es vital que se evalúe cualquier elevación particular en la escala K dentro del contexto de otra información sobre el sujeto: los datos de la historia del individuo y las circunstancias concurrentes son necesarios para distinguir entre un sujeto con buen comportamiento, psicológicamente sano, y un individuo que asume una actitud excesivamente defensiva y evitativa al contestar el cuestionario.

Los sujetos con estatus o reputación social considerable pueden dudar sobre arriesgar revelaciones que podrían amenazar una pérdida de ese estatus o reputación como consecuencia de admitir problemas emocionales, dudas, inseguridades o quizás, problemas en sus matrimonios o familias.

Algunos individuos con un menor estatus social que perder, pueden tener menor motivación para promover una apariencia de extrema competencia, eficacia interpersonal inusual, ausencia de ansiedades o inseguridades.

b- Escalas clínicas

1- Escala Hipocondría – Hs

Esta escala está formada por 30 afirmaciones que se refieren a una variedad de quejas que son características de las personas hipocondríacas. Estas personas se caracterizan por una preocupación anormal por sus funciones

corporales, la que domina su vida y restringe severamente tanto su actividad como sus relaciones interpersonales. Ello, además, parece corresponder a un rasgo caracterológico más que a una situación transitoria.

Los pacientes con enfermedades o alteraciones físicas pueden producir registros con elevaciones moderadas en la escala 1, pero que en todo caso son menores que las que presentan los pacientes que expresan su conflictiva psicológica a través síntomas somáticos, por lo que se puede afirmar que la escala es capaz de diferenciar entre la verdadera enfermedad física y la alteración hipocondríaca.

Además de la preocupación exagerada por su funcionamiento físico, las personas con puntuaciones altas en esta escala se caracterizan por ser egocéntricas, inmaduras, por tener una capacidad de *insight* disminuida.

Acerca de las bases de sus preocupaciones, se caracteriza por su tendencia a controlar su entorno a través de las quejas somáticas y por el pesimismo.

Además esta escala se correlaciona negativamente con la sofisticación intelectual y la inteligencia.

Las puntuaciones bajas tienen las características opuestas a las señaladas para las puntuaciones elevadas; vale decir que las personas, además de no estar excesivamente preocupadas por el funcionamiento de su cuerpo, son sensibles y optimistas. Si el puntaje es muy bajo, ellas se adecuan bien al mundo pero les falta calidez.

Esta medida fue desarrollada a partir de un grupo de pacientes neuróticos que mostraban una preocupación excesiva por su salud, presentaban diversas

quejas somáticas con pequeñas bases orgánicas o sin ellas y rechazaban garantías repetidas de que no tenían nada físicamente.

2- Escala Depresión – D

Está formada por 60 ítems y pretende evaluar la depresión sintomática que se caracteriza por un estado de ánimo bajo, pérdida de esperanza en el futuro e insatisfacción general con el estado actual.

Como parece medir más bien la depresión reactiva, resulta ser una medida más bien inestable, ya que varía en la medida en que fluctúa el estado de ánimo de la persona. La causa precisa de la depresión no puede ser inferida sólo de la puntuación en la escala y es necesario considerar la elevación de las otras escalas.

Las personas mayores tienden a tener puntuaciones más altas en esta escala que las personas jóvenes.

Los puntajes más bien bajos en esta escala pertenecen a personas descritas como alertas, gregarias y activas.

Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes psiquiátricos con distintos tipos de depresión sintomática, fundamentalmente en los que tenían reacciones depresivas o un episodio depresivo de un trastorno maníaco-depresivo.

Los ítems incluidos en esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación, sino también características básicas de la personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y auto-castigo.

3- Escala Histeria – Hy

Consta de 60 ítems y fue construida con el propósito de identificar a aquellas personas que desarrollan síntomas de conversión con el propósito de evadir responsabilidades o evitar conflictos.

Las puntuaciones elevadas se relacionan además con egocentrismo, narcisismo, manipulación, demanda de atención y tendencia a la negación de las dificultades y conflictos. Por ello ha sido llamada también la escala de la inmadurez.

El estudio de Harris y Lingo identificó cinco dimensiones en la escala Hy que son Negación de la ansiedad social (Hy1), Necesidad de afecto (Hy2) Sentimientos de debilidad e incomodidad (Hy3), Quejas somáticas (Hy4) e Inhibición de la agresión (Hy5).

Las quejas somáticas de la Histeria se diferencian de las de la Hipocondría en que estas últimas son más vagas e inespecíficas y no se utilizan para obtener ganancia secundaria.

Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser cáusticas, conformistas y a tener una sociabilidad disminuida y un campo estrecho de intereses.

Esta escala fue construida a partir de pacientes que mostraban algunas formas de trastornos motores o sensoriales en los que podía establecerse una base orgánica.

Algunos de los 60 ítems componentes reflejan quejas físicas específicas o trastornos molestos, pero muchos otros ítems implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse en sujetos con estas defensas.

4- Escala Desviación psicopática – Pd

Está compuesta por 50 ítems que pretenden medir las características de las personas con desordenes psicopáticos de la personalidad y ha sido llamada la escala de la pelea.

Las personas con puntuaciones elevadas son caracterizadas como amorales, asociales, despreocupadas por las normas y costumbres sociales, dificultad para aprender de la experiencia que se muestra en la repetición del mismo tipo de dificultades a pesar de las sanciones, superficialidad emocional, falta de sentido de la lealtad y de la responsabilidad.

Las puntuaciones moderadamente altas (60 – 70 T) pueden reflejar rasgos positivos como energía, asertividad, franqueza, iniciativa, dependiendo de la madurez del sujeto y de sus mecanismos de control.

Los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en esta escala con frecuencia son descritos como convencionales, conformistas, sumisos y si estos sujetos son

hombres también se dice que son poco interesados en el sexo y temerosos de las mujeres.

Las puntuaciones tienen una correlación negativa con la edad, de tal modo que se espera que las personas jóvenes tengan puntuaciones algo más elevadas que las personas mayores. Por ello es que mientras mayor sea la edad del sujeto, mayor importancia tienen las puntuaciones altas en esta escala.

5- Escala Masculinidad – Femenidad – Mf

Esta escala está compuesta de 60 ítems que se refieren a intereses pertenecientes al estereotipo femenino y que intenta evaluar la tendencia que siguen los intereses del sujeto ya sea hacia lo masculino o hacia lo femenino.

Tanto en hombres como en mujeres un puntaje alto indica una desviación del patrón de intereses hacia el sexo contrario.

Las puntuaciones altas en hombres pueden corresponder a homosexuales, pero existen en este caso muchos falsos positivos y negativos. Los hombres con puntuaciones altas no se identifican con el rol masculino tradicional y son caracterizados como pasivos, con inclinaciones estéticas, sensibles frente a los demás.

Las puntuaciones moderadamente altas en hombres se asocian a un rango amplio de intereses, especialmente estéticos.

Las puntuaciones bajas en hombres se presentan en sujetos que aparecen como exageradamente masculinos, prefieren la acción, ponen énfasis en la fuerza y el valor y presentan una amplitud de intereses limitada.

Las mujeres que tienen puntajes altos rechazan el papel tradicional asignado a las mujeres, su patrón de intereses es más bien masculino y es descripta como competitiva, dominante, con emotividad disminuida.

Las puntuaciones de moderada elevación se asocian a mujeres cuyos intereses incluyen actividades culturalmente consideradas como masculinas como el quehacer científico, la computación, etc.

Cuando las mujeres presentan puntuaciones bajas, estas se identifican marcadamente con el patrón de intereses femeninos y son descriptas como pasivas, sumisas, sensibles e idealistas. Si la puntuación es marcadamente baja son mujeres que sienten autocompasión, muy autocríticas y aparecen como desamparadas.

El desamparo puede ser genuino o constituir una forma de manipular a los otros.

6- Escala Paranoia – Pa

Está compuesta por 40 ítems cuyo propósito fue evaluar el cuadro clínico que incluye ideas de referencia, influencia y grandeza, suspicacia, hipersensibilidad y rigidez. Los ítems se refieren desde rasgos francamente psicóticos como ideas delirantes hasta rasgos caracterológicos como la tendencia a culpar a los demás y la admisión de fragilidad psicológica y la utilización de mecanismos de proyección.

Los sujetos con puntuaciones moderadamente altas pueden ser hipersensitivos, autorreferentes, moralistas y aquellos con puntuaciones altas,

sobre 70, son sujetos que se caracterizan por ser suspicaces y hostiles, y que se sienten maltratados o tratados injustamente.

Las puntuaciones bajas se asocian a personas muy confiadas, poco inquisitivas. Las puntuaciones menores de 35 T tienen el mismo significado de desconfianza que las puntuaciones altas. En este caso la persona se comporta muy cautelosamente y evita las preguntas muy obvias que revelen rasgos paranoideos.

7- Escala Psicastenia – Pt

Esta escala contiene 48 ítems que reflejan características tales como, ansiedad, temor, baja autoestima y autoconfianza y pretende evaluar el patrón obsesivo – compulsivo. Sin embargo los ítems no se refieren específicamente a obsesiones o compulsiones, sino más bien a los rasgos caracterológicos que dan lugar a la variedad de síntomas específicos de esta alteración. Ha sido llamada la escala de la angustia.

Los sujetos que presentan puntajes altos en esta escala se caracterizan por ser tensos, indecisos, tener tendencia a la rumiación y a los sentimientos de culpa, pueden presentar pensamientos obsesivos y conducta compulsiva.

Una elevación moderada en esta escala, junto al resto de las escalas clínicas con puntajes por debajo de 70, puede estar señalando la habilidad de una persona para ser organizada, puntual y metódica.

Las personas con puntaje más bien bajos son confiados en si mismos, manejan apropiadamente el stress y valoran el éxito y el reconocimiento.

8- Escala Esquizofrenia – Sc

Consta de 78 ítems que cubren una amplia gama de conductas. Algunos de ellos se refieren a síntomas francamente psicóticos como delirios y alucinaciones y otros se relacionan con alteraciones de las relaciones familiares, déficit en el control de impulsos, temores e insatisfacciones.

Es necesario ser cauteloso para hacer el diagnóstico de Esquizofrenia sólo fundándose en esta escala, ya que ésta es tal vez la escala más compleja del MMPI. A pesar de que muchos esquizofrénicos obtienen puntuaciones sobre 70, también obtienen puntuaciones muy elevadas, aún de 90 T, sujetos neuróticos muy agitados, adolescentes con problemas de ajuste, personas en crisis de identidad.

En general los sujetos que obtienen puntuaciones más bien elevadas se caracterizan por tener sentimientos de alienación, sensación de ser diferentes y no ser comprendido, por tener dificultades en expresar la hostilidad.

Los puntajes moderadamente altos reflejan un tipo de intereses más bien abstractos, se encuentran en sujetos imaginativos y creativos, pero que se quedan más bien en proyectos sin llegar a concretarlos.

Los sujetos con puntajes bajos son más bien prácticos y realistas.

En los adolescentes se esperan puntuaciones más altas, por lo que a algunos autores recomiendan restarle 10. Tal puntaje obtenido por estos sujetos para poder darle la interpretación correcta.

9- Escala Hipomanía – Ma

Esta escala está compuesta por 46 ítems cuyo contenido es heterogéneo. Algunos de ellos se refieren a características como expansividad, excitabilidad, actividad y otros a las relaciones familiares, actitudes morales y preocupaciones somáticas.

Los puntajes altos se encuentran en personas hiperactivas, emocionalmente lábiles y que pueden experimentar fuga de ideas. El estado de ánimo es normalmente eufórico pero puede cambiar bruscamente.

Las elevaciones moderadas se encuentran en sujetos entusiastas, activos, energéticos y gregarios y son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes.

Los puntajes bajos se asocian con disminución de la energía y la actividad. Puntuaciones menores de 35 indican depresión sin importar cual sea el nivel de la escala 2.

10-Escala Introversión Social – Si

Contiene 70 ítems y fue desarrollada para evaluar la tendencia a aislarse de la vida social.

Los sujetos que obtienen puntuaciones altas se caracterizan por ser tímidos, socialmente inseguros, se retraen y evitan a los otros.

Los sujetos con puntuaciones moderadamente elevadas prefieren estar solos o con pequeños grupos y con personas conocidas; son capaces de interactuar con los demás pero prefieren no hacerlo.

Aquellos sujetos que obtienen puntuaciones bajas son extrovertidos y gregarios. Las personas con puntuaciones muy bajas (menores de 35 T) pueden tener relaciones interpersonales extremadamente superficiales.

Las dimensiones de contenido por las que está compuesta la escala son: Inferioridad. Incomodidad personal (Si1) Incomodidad con los otros (Si2) Seriedad Rigidez personal (Si3) Hipersensibilidad (Si4) Desconfianza (Si5) Preocupaciones somáticas (Si6).

3.3. MIPS INVENTARIO MILLON

a- Escalas de validez

✓ (IP) Impresión positiva:

Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala intentan producir una impresión demasiado favorable en el test. Es decir, que podría ser que respondió mintiendo para dar una buena imagen, pero no fue sincero al responder.

✓ Preservación

Las personas que obtienen un puntaje elevado se concentran en los problemas de la vida y los agravan. Como piensan que su pasado ha sido desafortunado, parecen estar siempre esperando que algo salga mal y consideran probable que las cosas vayan de mal en peor.

✓ **Consistencia**

Cuanto mayor es el valor de consistencia, mayor es la coherencia de las respuestas y menores son las contradicciones.

b- Metas Motivacionales

✓ **Apertura**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a ver el lado bueno de las cosas, son optimistas en cuanto a las posibilidades que les ofrece el futuro, les resulta fácil pasarlo bien y enfrentan con ecuanimidad los altibajos de la existencia.

✓ **Preservación**

Las personas que obtienen un puntaje elevado se concentran en los problemas de la vida y los agravan. Como piensan que su pasado ha sido desafortunado, parecen estar siempre esperando que algo salga mal y consideran probable que las cosas vayan de mal en peor.

✓ **Modificación**

Las personas que obtienen un puntaje elevado toman su vida en sus manos y hacen que las cosas sucedan en lugar de mantenerse pasivamente en espera. Se ocupan diligentemente de modificar su entorno

e influyen en los acontecimientos a fin de que éstos satisfagan sus necesidades y deseos.

✓ **Acomodación**

Las personas que obtienen un puntaje elevado ponen muy poco empeño en dirigir o modificar su vida. Reaccionan ante los acontecimientos acomodándose a las circunstancias creadas por otros; parecen condescendientes, son incapaces de abandonar su indolencia, no tienen iniciativa y hacen muy poco para provocar los resultados que desean.

✓ **Individualismo**

Las personas que obtienen un puntaje elevado están orientadas a satisfacer sus propias necesidades y deseos; es decir, procuran realizarse plenamente ellas mismas en primer lugar, se preocupan muy poco del efecto que pueda tener su conducta en los demás, y tienden a ser a la vez independientes y egocéntricas.

✓ **Protección**

Las personas que obtienen un puntaje elevado están motivadas para satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, para ocuparse del bienestar y los deseos de otras personas antes que de los propios. Se las considera protectoras, capaces de anteponer el cuidado de los demás al de sí mismas.

c- Modos cognitivos**✓ Extraversión**

Las personas que obtienen un puntaje elevado recurren a los demás en procura de estimulación y aliento. Sus amigos y colegas son para ellas fuente de ideas y orientación, de inspiración y energía; las ayudan a mantener alta su autoestima y las confortan con su presencia.

✓ Introversión

Las personas que obtienen un puntaje elevado prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso; su principal fuente de inspiración y estimulación no son los demás sino ellas mismas. A diferencia de los extravertidos, los introvertidos experimentan una gran serenidad y comodidad manteniéndose alejados de las fuentes externas, y son propensos a seguir los impulsos originados en su interior.

✓ Sensación

Las personas que obtienen un puntaje elevado derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto; confían en la experiencia directa y los fenómenos observables más que en el uso de la inferencia y la abstracción. Lo práctico y lo "real", lo literal y lo fáctico son lo que las hace sentir cómodas y les inspira confianza.

✓ **Intuición**

Las personas que obtienen un puntaje elevado prefieren lo simbólico y desconocido a lo concreto y observable. No rehúyen lo intangible y disfrutan de las experiencias más misteriosas y las fuentes más especulativas de conocimiento.

✓ **Reflexión**

Las personas que obtienen un puntaje elevado prefieren procesar los conocimientos por medio de la lógica y el razonamiento analítico. Sus decisiones se basan en juicios desapasionados, impersonales y "objetivos" y no en emociones subjetivas.

✓ **Afectividad**

Las personas que obtienen un puntaje elevado forman sus juicios tomando en consideración sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias, evaluando subjetivamente las consecuencias que tendrán sus actos para quienes resulten afectados por ellos, y guiándose por sus valores y metas personales.

✓ **Sistematización**

Las personas que obtienen un puntaje elevado son muy organizadas y predecibles en su manera de abordar las experiencias de la vida.

Transforman los conocimientos nuevos adecuándolos a lo ya conocido y son cuidadosas, cuando no perfeccionistas, incluso al ocuparse de pequeños detalles. En consecuencia, se las considera ordenadas, minuciosas y eficientes.

✓ **Innovación**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a ser creativas y a asumir riesgos, y están prontas a modificar y reordenar cualquier cosa con que tropiecen. Parecen disconformes con la rutina y lo predecible, y transforman lo dado siguiendo sus corazonadas y tratando de producir consecuencias nuevas e imprevistas.

d- **Conductas interpersonales:**

✓ **Retraimiento**

Las personas que obtienen un puntaje elevado se caracterizan por su falta de emotividad y su indiferencia social. Tienden a ser silenciosas, pasivas, renuentes a participar. Es probable que los demás las consideren calladas y aburridas, incapaces de hacer amigos, apáticas y desligadas de todo.

✓ **Comunicatividad**

Las personas que obtienen un puntaje elevado buscan estimulación, excitación y atención. A menudo reaccionan con vivacidad ante situaciones de las que son testigos, pero por lo general su interés se desvanece rápidamente. Frecuentadoras de la alta sociedad, brillantes y simpáticas, también pueden ser exigentes y manipuladoras.

✓ **Vacilación**

Las personas que obtienen un puntaje elevado son por lo general apocadas, tímidas y experimentan nerviosismo en situaciones sociales. Desean intensamente agradar y ser aceptadas, pero a menudo temen que los demás las rechacen. Sensibles y emotivas, son a los mismos tiempo desconfiadas, solitarias y propensas a aislarse.

✓ **Firmeza**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a creer que son más competentes y talentosas que quienes las rodean. A menudo son ambiciosas, egocéntricas y seguras de sí mismas, y no tienen pelos en la lengua. Es probable que los demás las vean como arrogantes y desconsideradas.

✓ **Discrepancia**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a actuar de modo independiente y no conformista. A menudo se niegan a acatar normas tradicionales, manifestando una audacia que puede ser vista como imprudente o como animosa y esforzada.

✓ **Conformismo**

Las personas que obtienen un puntaje elevado es probable que sean honradas y tengan autodominio. Su relación con la autoridad es respetuosa y cooperativa, y tienden a actuar con formalidad y buenas maneras en las situaciones sociales. Es improbable que dejen traslucir su personalidad o que actúen espontáneamente.

✓ **Sometimiento**

Las personas que obtienen un puntaje elevado son sus peores enemigos. Están más habituadas al sufrimiento que al placer, son sumisas y tienden a rebajarse ante los demás. Su conducta, que condena al fracaso cualquier esfuerzo que se haga por ayudarlas, determina que pierdan oportunidades de ser recompensadas y les impide reiteradamente triunfar en sus empeños aunque posean la capacidad necesaria.

✓ **Control**

Las personas que obtienen un puntaje elevado son enérgicas y a menudo dominantes y socialmente agresivas. Tienden a verse a sí mismas

como intrépidas y competitivas. Para ellas, la gentileza y las demostraciones de afecto son signos de debilidad, y por lo tanto las evitan, mostrándose obstinadas y ambiciosas.

✓ **Insatisfacción**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a ser pasivo-agresivas y malhumoradas, y por lo general se sienten insatisfechas. Sus estados de ánimo y su conducta son muy variables. A veces son sociables y amistosas con los demás, pero en otras ocasiones se muestran irritables y hostiles, y expresan su creencia de que son incomprendidas y poco apreciadas.

✓ **Concordancia**

Las personas que obtienen un puntaje elevado tienden a ser muy simpáticas socialmente, mostrándose receptivas y maleables en su relación con los demás, con quienes establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Sin embargo, ocultan sus sentimientos negativos, en especial cuando esos sentimientos pueden parecer censurables a las personas a quienes desean agradar.

PARTE II

MARCO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

Objetivos e hipótesis de la investigación

4.1. Objetivos:

- Identificar índices de simulación mediante la aplicación del MIPS y el MMPI-2
- Identificar patologías que más se simulan en una muestra de estudiantes avanzados de psicología.
- Realizar posibles comparaciones entre los resultados obtenidos en el MIPS y el MMPI-2.

4.2 Hipótesis:

- El MMPI-2, tiene una alta eficacia en detectar sujetos que simulan patologías mentales.
- La escala F del MMPI-2 se verá aumentada en la simulación de todos los grupos.
- La escala preservación del Mips sirve para obtener datos acerca de la simulación.

4.3 Tipo de estudio o diseño

Para el estudio se utiliza el método cuantitativo, ya que el instrumento de medición utilizado es el análisis de contenido que, de acuerdo con la definición básica de Berelson (1952), “es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa”.

El tipo de diseño utilizado es el diseño experimental de investigación, el cual se realiza manipulando deliberadamente variables. Es decir, se trata de una investigación en donde se hace variar intencionalmente las variables independientes.

Además se tiene en cuenta el estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. Estos estudios miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren. Se centran en medir con la mayor precisión posible. En esta clase de estudios el investigador debe ser

capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en esta medición. Debe ser capaz de especificar quiénes deben estar incluidos en la medición. La investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder.

4.4 Descripción de la muestra

La muestra utilizada es **No Probabilística de tipo Intencional**, ya que los participantes fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación, en este caso fueron estudiantes de cuarto año de la carrera de psicología.

Como se trata de una muestra no probabilística, las conclusiones que se derivan de este trabajo, no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas para aquellos sujetos que participaron en la investigación.

4.5 Sujetos

El presente estudio, se basó en las siguientes muestras:

- La **muestra I**, elegidos al azar, integrada por 8 sujetos de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 21 y los 28 años, a los cuales se le dio la instrucción de responder al test simulando una **enfermedad mental**.

- La **muestra II**, elegidos al azar, compuesta por 4 sujetos, de ambos sexos, las edades oscilan entre 21 y 23 años, a los cuales se les dio la instrucción de responder simulando una **depresión**.
- La **muestra III**, elegidos al azar, compuesta por 4 sujetos, de ambos sexos, las edades oscilan entre 21 y 37 años, a los cuales se les dio la consigna de simular una **fobia**.
- La **muestra IV**, elegidos al azar, compuesta por 4 sujetos, de ambos sexos, las edades oscilan entre 21 y 28 años, a los cuales se les dio la consigna de simular un **trastorno por estrés postraumático**.

La muestra total quedó constituida por 20 sujetos de ambos sexos, diferenciados por las distintas consignas de simulación.

4.6. Instrumentos y procedimientos de evaluación.

Los procedimientos de evaluación de la simulación, en el ámbito clínico, se han basado en el uso de medidas neuropsicológicas convencionales y en el empleo de test específicos para tal fin. Entre estos podemos evidenciar el uso del MMPI, donde los simuladores obtienen peores perfiles que los verdaderos pacientes.

4.6.1. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Puede aplicarse de manera individual o grupal, donde se requiere un nivel de comprensión lectora de 2do de ESO, así como un nivel satisfactorio de cooperación y compromiso para responder al cuestionario completo.

El MMPI-2 proporciona puntuaciones objetivas y perfiles determinados a partir de baremos nacionales bien documentados.

Cualquier instrumento psicológico diseñado para evaluar varios atributos de personalidad en una sola aplicación, requiere el entrenamiento y cualificación de la persona que lo elige para la valoración individual de clientes o pacientes. Aunque el MMPI-2 es fácil de aplicar y de corregir, su interpretación requiere de un alto nivel de preparación psicométrica, clínica, personalológica y profesional, así como un fuerte compromiso con los principios éticos del uso de los test.

Respecto a los sujetos a los que les es aplicable, esto depende de la capacidad del sujeto para comprender las instrucciones del test, cumplir con las demandas de la tarea, comprender e interpretar los contenidos de los ítems en relación a sí mismo y registrar estas auto-atribuciones de modo sincero. Numerosos estados emocionales o condiciones físicas pueden perjudicar esta capacidad, como agudeza visual limitada, dislexia o afasia receptiva, trastorno de aprendizaje, intoxicación por drogas o alcohol, desorientación causada por daño cerebral, etc. Además la persona que aplica el test debe determinar si el sujeto

puede leer el contenido de los ítems e interpretar su significado en el contexto cultural del que se han obtenido.

Antes de realizar inferencias psicológicas o generar hipótesis diagnósticas, cada protocolo del test debe examinarse para determinar su aceptabilidad. Por esto en el MMPI-2 se diseñaron indicadores de validez para detectar fuentes de invalidez del protocolo y proporcionar una base para evaluar el impacto de tales distorsiones en el registro del test.

4.6.2. Inventario Mips de estilos de personalidad de Theodore Millon

Se trata de un cuestionario compuesto por 180 ítems respecto de los cuales el sujeto debe determinar si son aplicables (respuesta de verdadero o falso), con el objetivo de medir la personalidad de individuos adultos que funcionan normalmente y cuya edad está comprendida entre los 18 y los 65 años. Este instrumento ha sido correlacionado con múltiples técnicas entre ellas el MMPI-2. Con respecto a la evaluación de simulación, ofrece una escala “**IN**” diseñada para evaluar respuesta de impresión negativa.

CAPÍTULO V

Resultados del trabajo de campo

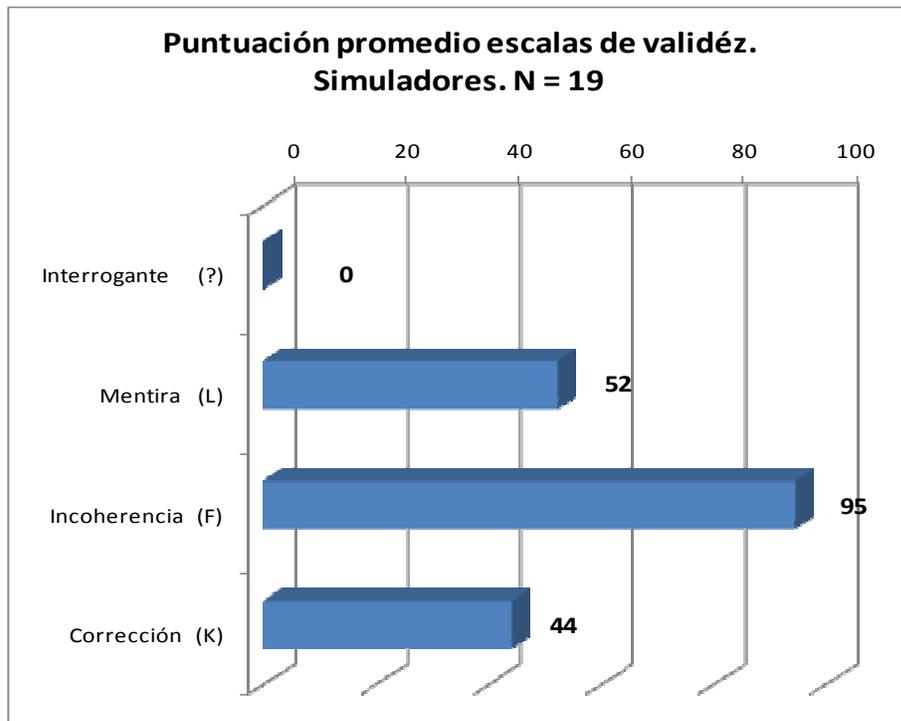
5.1. Análisis de los datos MMP-2

5.2. Grupo total de simuladores



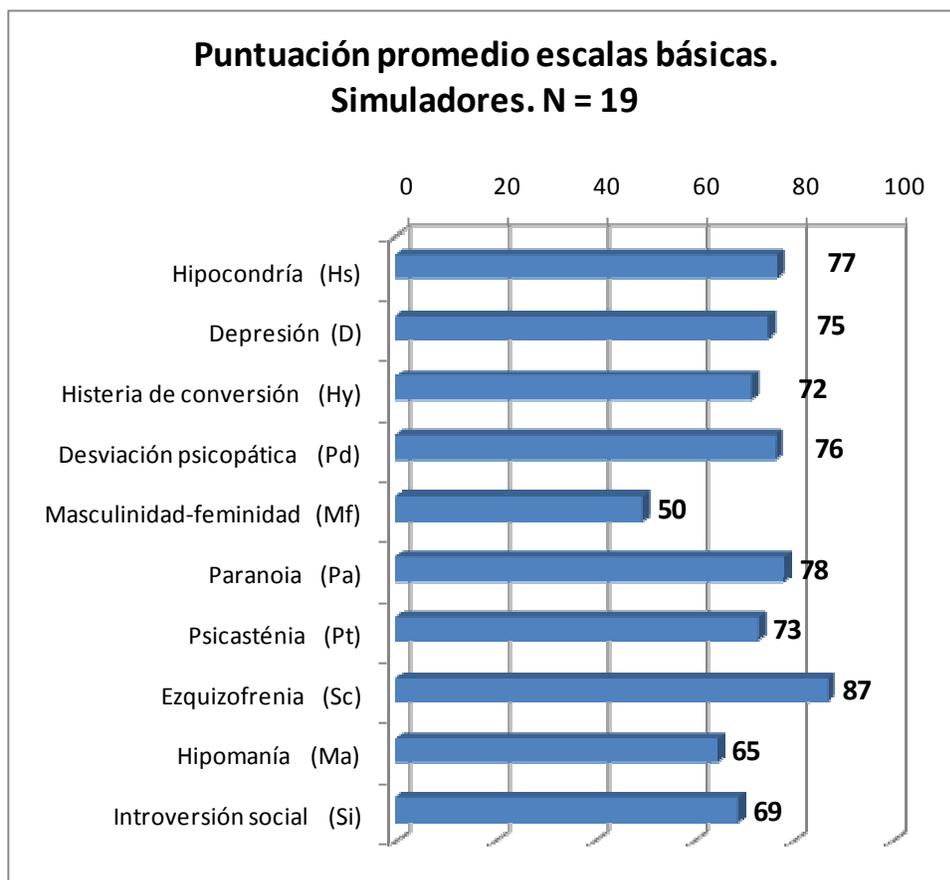
5.2.1. Puntuaciones escalas de validez

- **Gráfico N°1**



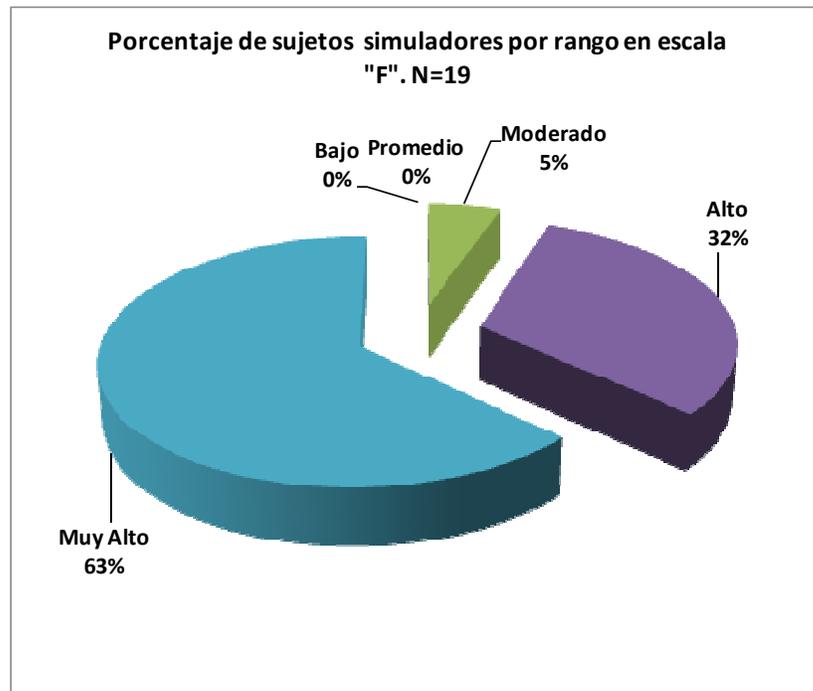
5.2.3. Puntuaciones escalas básicas

- **Gráfico N°2**



5.2.4. Grupo total de simuladores según rangos de Butcher

GRUPO TOTAL DE SIMULADORES					
	RANGOS (Butcher y coautores, 1989)				
	Bajo	Promedio	Moderado	Alto	Muy Alto
Escalas de Validez					
Mentira (L)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	7	5	4	2	0
Incoherencia (F)	(44 o <)	(45-55)	(56-70)	(71-90)	(91 o >)
Total de sujetos	0	0	1	6	12
Corrección (K)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	15	3	1	0	0



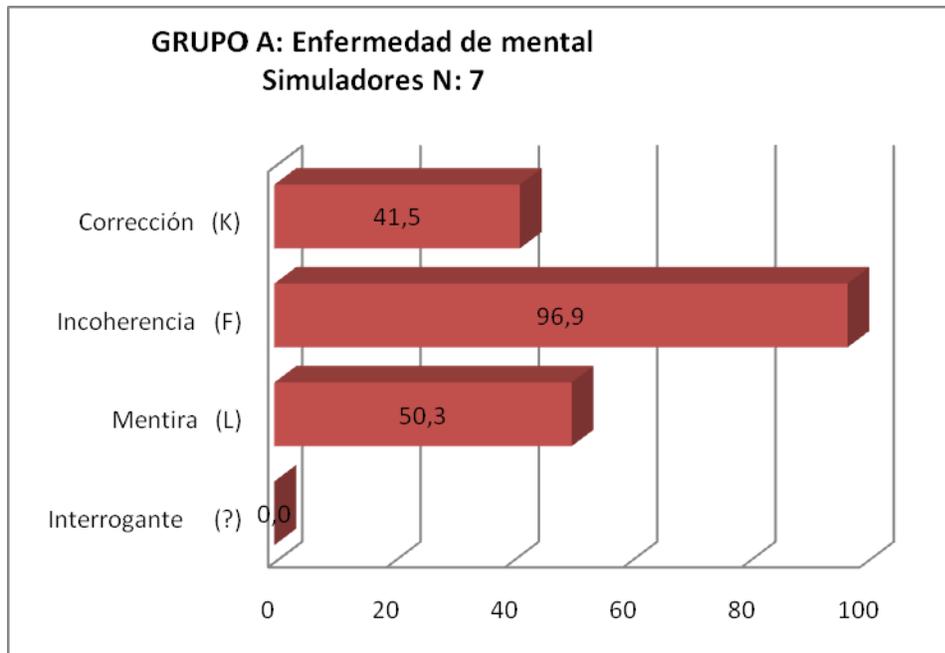
5.3. Grupo A: Enfermedad mental

GRUPO A: ENFERMEDAD MENTAL				
Escala de Validez	MEDIA	MIN	MAX	DS
Interrogante (?)	0,0	0	0	0,0
Mentira (L)	50,3	34	90	16,6
Incoherencia (F)	96,9	44	119	26,2
Corrección (K)	41,5	31	58	8,8
Escala básica				
Hipocondría (Hs)	74,1	44	91	14,6
Depresión (D)	67,5	45	86	14,2
Histeria de conversión (Hy)	69,1	53	84	9,2
Desviación psicopática (Pd)	79,5	53	94	12,1
Masculinidad-feminidad (Mf)	51,9	30	65	10,8

Paranoia (Pa)	82,0	37	105	19,6
Psicasténia (Pt)	69,4	39	82	13,1
Ezquizofrenia (Sc)	88,6	44	118	22,8
Hipomanía (Ma)	70,5	52	88	12,4
Introversión social (Si)	60,9	6	83	23,1

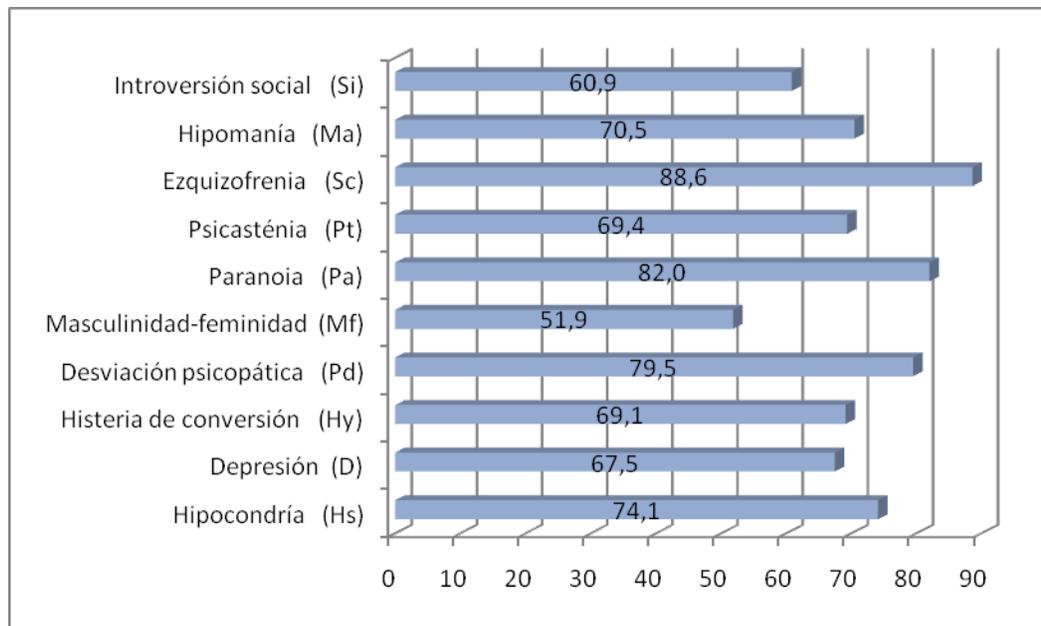
5.3.1. Puntuaciones escalas de validez

- *Gráfico N°3*



5.3.2. Puntuaciones escalas básicas

- **Gráfico N°4**



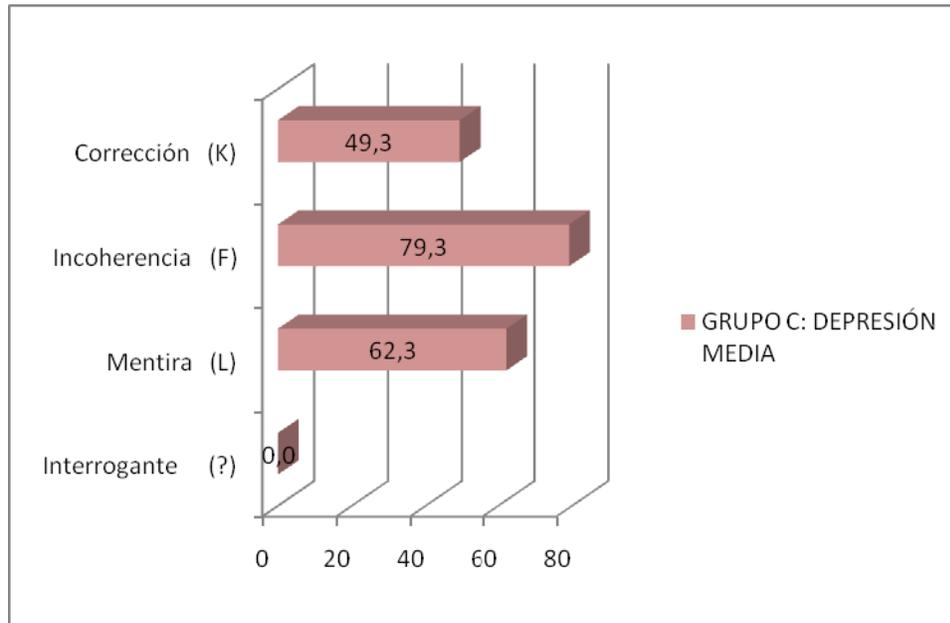
5.3.3. Grupo total de simuladores de enfermedad mental según rangos de Butcher

Grupo A: Enfermedad Mental					
	RANGOS (Butcher y coautores, 1989)				
	Bajo	Promedio	Moderado	Alto	Muy Alto
Escalas de Validez					
Mentira (L)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	6	0	1	0	1
Incoherencia (F)	(44 o <)	(45-55)	(56-70)	(71-90)	(91 o >)
Total de sujetos	1	0	1	0	6
Corrección (K)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	7	1	0	0	0

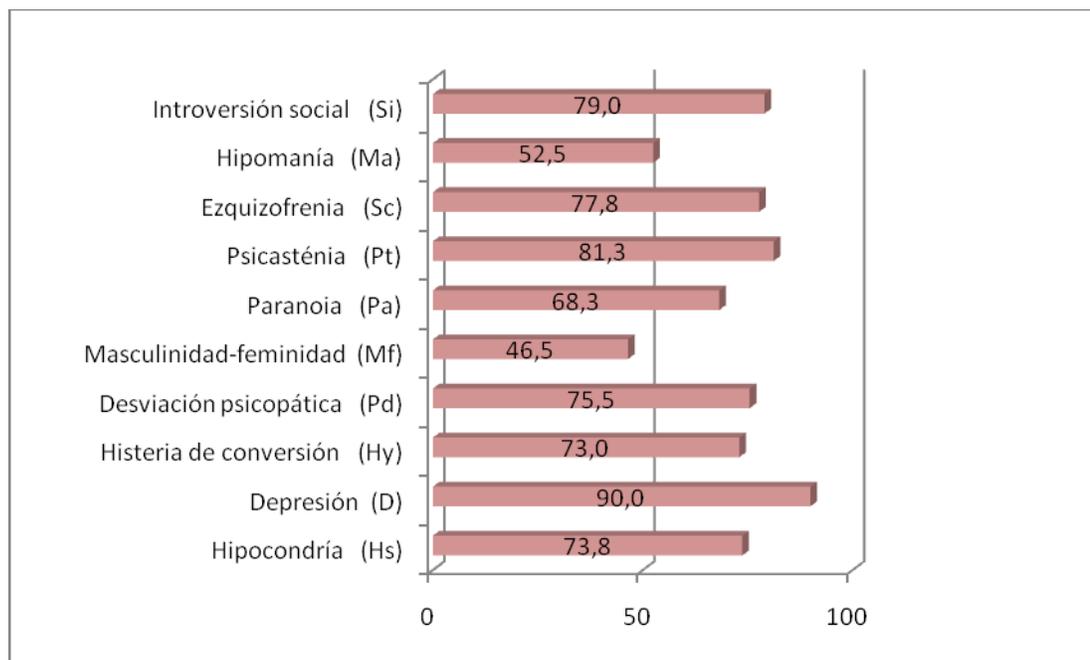
5.4. Grupo B: Simuladores de Depresión

Escalas de Validez	GRUPO B: DEPRESIÓN			
	MEDIA	MIN	MAX	DS
Interrogante (?)	0,0	0	0	0,0
Mentira (L)	62,3	43	73	12,3
Incoherencia (F)	79,3	73	84	4,0
Corrección (K)	49,3	40	63	9,8
Escalas				
Hipocondría (Hs)	73,8	62	89	9,9
Depresión (D)	90,0	86	94	3,2
Histeria de conversión (Hy)	73,0	64	88	9,4
Desviación psicopática (Pd)	75,5	70	83	5,0
Masculinidad-feminidad (Mf)	46,5	40	50	3,8
Paranoia (Pa)	68,3	60	77	6,0
Psicasténia (Pt)	81,3	78	83	1,9
Ezquizofrenia (Sc)	77,8	75	79	1,6
Hipomanía (Ma)	52,5	49	58	3,8
Introversión social (Si)	79,0	67	87	7,5

5.4.1. Puntuaciones escalas de validez

- Gráfico N°5**5.4.2. Puntuaciones escalas básicas**

- Gráfico N°6



5.4.3. Grupo total de simuladores de depresión según rangos de Butcher

Grupo B: Depresión					
RANGOS (Butcher y coautores, 1989)					
	Bajo	Promedio	Moderado	Alto	Muy Alto
Escalas de Validez					
Mentira (L)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	1	0	1	2	0
Incoherencia (F)	(44 o <)	(45-55)	(56-70)	(71-90)	(91 o >)
Total de sujetos	0	0	0	4	0
Corrección (K)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	2	1	1	0	0

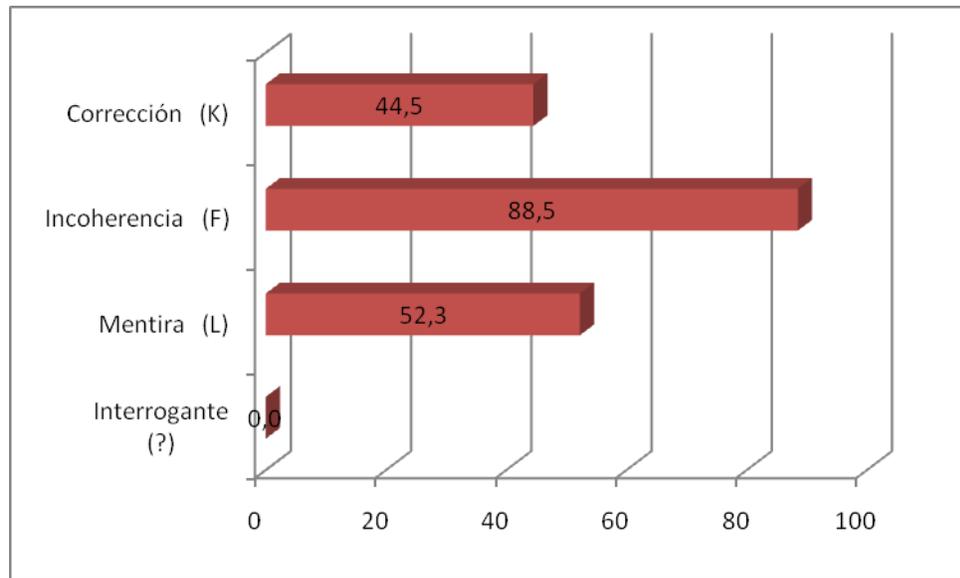
5.5. Grupo C: Simuladores de Fobia

GRUPO C: FOBIA				
Escalas de Validez	MEDIA	MIN	MAX	DS

Interrogante (?)	0,0	0	0	0,0
Mentira (L)	52,3	47	60	4,8
Incoherencia (F)	88,5	77	103	10,9
Corrección (K)	44,5	33	56	8,7
Escalas				
Hipocondría (Hs)	78,3	66	96	11,4
Depresión (D)	83,5	76	96	7,5
Histeria de conversión (Hy)	74,0	64	80	6,0
Desviación psicopática (Pd)	69,3	64	77	4,8
Masculinidad-feminidad (Mf)	44,0	30	53	8,9
Paranoia (Pa)	76,0	65	94	10,9
Psicasténia (Pt)	73,8	70	77	2,5
Ezquizofrenia (Sc)	85,0	81	92	4,3
Hipomanía (Ma)	52,8	47	56	3,7
Introversión social (Si)	81,3	76	85	3,3

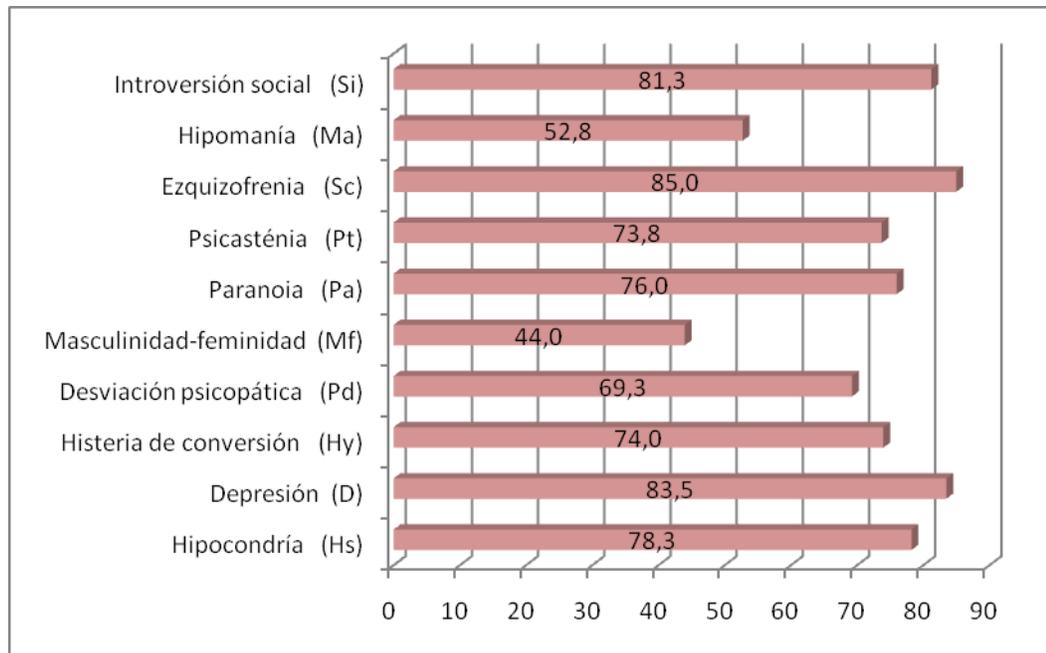
5.5.1. Puntuaciones escalas de validez

- *Gráfico N°7*



5.5.2. Puntuaciones escalas básicas

- **Gráfico N°8**



5.5.3 Puntuaciones escalas de contenido

Grupo C: FOBIA

Escalas de contenido	MEDIA	MIN	MAX	DS
Ansiedad	70,0	66	74	3,2
Miedos	70,3	44	82	15,6
Obsesividad	63,8	57	75	6,8
Depresión	70,5	58	92	12,9
Preocupaciones por la salud	80,5	65	93	10,0
Pensamiento extravagante	63,3	46	99	21,2
Hostilidad	45,5	41	50	3,4
Cinismo	63,0	50	78	10,3
Conductas antisociales	51,3	43	60	6,0
Comportamiento tipo A	48,3	37	61	8,6
Baja autoestima	67,8	55	78	9,6
Malestar social	84,3	78	87	3,7
Problemas familiares	67,8	65	74	3,7
Interferencia laboral	73,3	64	80	6,1
Indices negativos de tratamiento	76,0	65	84	7,6

5.5.4. Grupo total de simuladores de fobia según rangos de Butcher

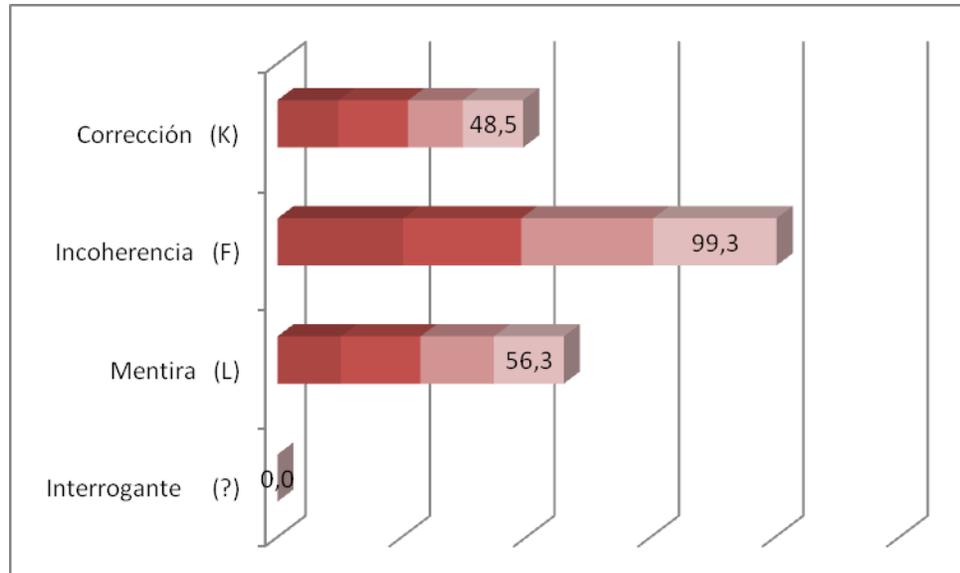
Grupo C: Fobia					
	RANGOS (Butcher y coautores, 1989)				
	Bajo	Promedio	Moderado	Alto	Muy Alto
Escalas de Validez					
Mentira (L)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	1	2	1	0	0
Incoherencia (F)	(44 o <)	(45-55)	(56-70)	(71-90)	(91 o >)
Total de sujetos	0	0	0	2	2
Corrección (K)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	3	1	0	0	0

5.6. Grupo D: Simuladores de Trastorno por estrés postraumático

GRUPO D: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAU.				
Escalas de Validez	MEDIA	MIN	MAX	DS
Interrogante (?)	0,0	0	0	0,0
Mentira (L)	56,3	51	64	5,5
Incoherencia (F)	99,3	95	106	4,6
Corrección (K)	48,5	44	56	4,7
Escalas				
Hipocondría (Hs)	76,0	69	82	5,2
Depresión (D)	57,8	44	67	9,1
Histeria de conversión (Hy)	68,0	64	74	3,7
Desviación psicopática (Pd)	72,8	68	77	4,3
Masculinidad-feminidad (Mf)	57,5	47	68	7,6
Paranoia (Pa)	72,8	64	85	7,9
Psicasténia (Pt)	62,3	57	70	4,8
Ezquizofrenia (Sc)	83,8	77	92	5,5
Hipomanía (Ma)	74,3	62	84	8,8
Introversión social (Si)	58,0	57	60	1,2

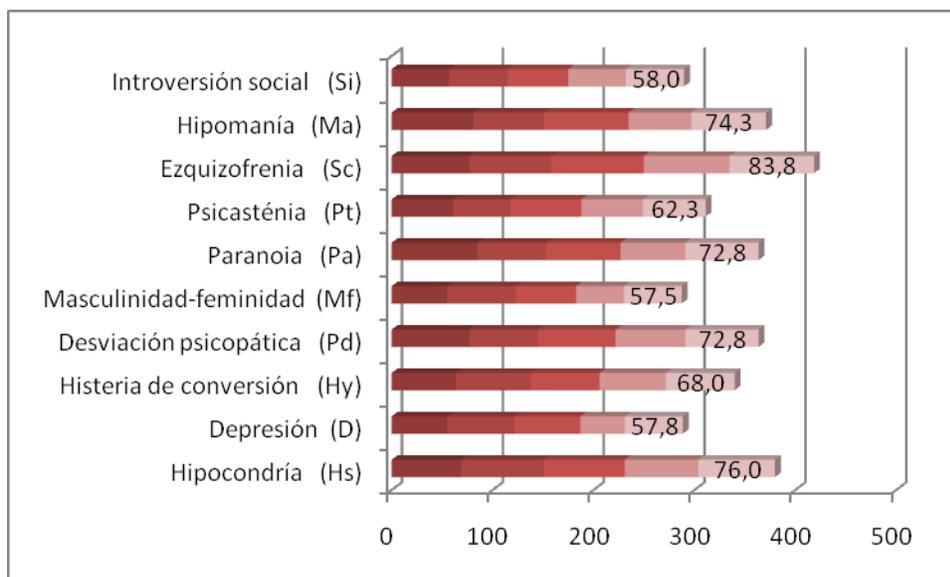
5.6.1. Puntuaciones escalas de validez

- **Gráfico N°9**



5.6.2. Puntuaciones escalas básicas

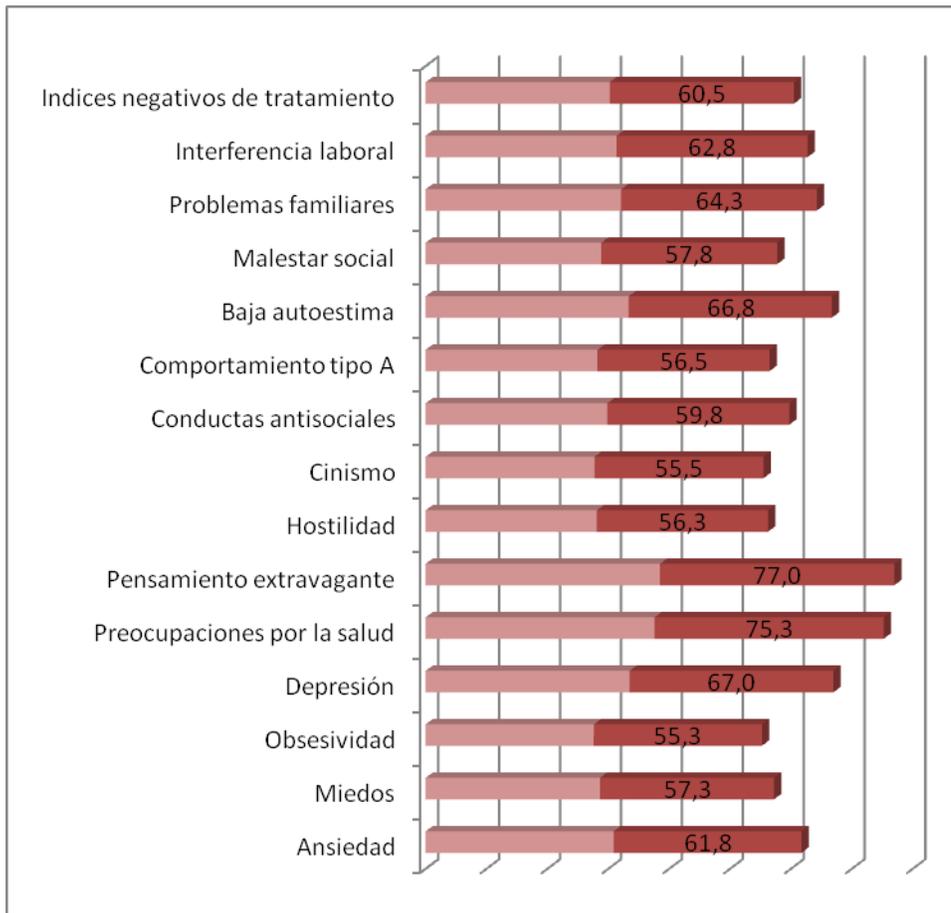
- **Gráfico N°10**



5.6.3. Puntuaciones escalas de contenido

Escalas de contenido	Grupo D: Trastorno por estrés postraumático			DS
	MEDIA	MIN	MAX	
Ansiedad	61,8	60	65	2,0
Miedos	57,3	55	64	3,9
Obsesividad	55,3	51	60	3,3
Depresión	67,0	63	72	3,4
Preocupaciones por la salud	75,3	66	83	6,1
Pensamiento extravagante	77,0	66	84	6,7
Hostilidad	56,3	50	60	3,9
Cinismo	55,5	50	60	3,8
Conductas antisociales	59,8	57	68	4,8
Comportamiento tipo A	56,5	52	64	4,5
Baja autoestima	66,8	58	71	5,1
Malestar social	57,8	54	63	3,6
Problemas familiares	64,3	60	67	2,6
Interferencia laboral	62,8	54	67	5,1
Indices negativos de tratamiento	60,5	56	69	5,0

- **Gráfico N° 11**



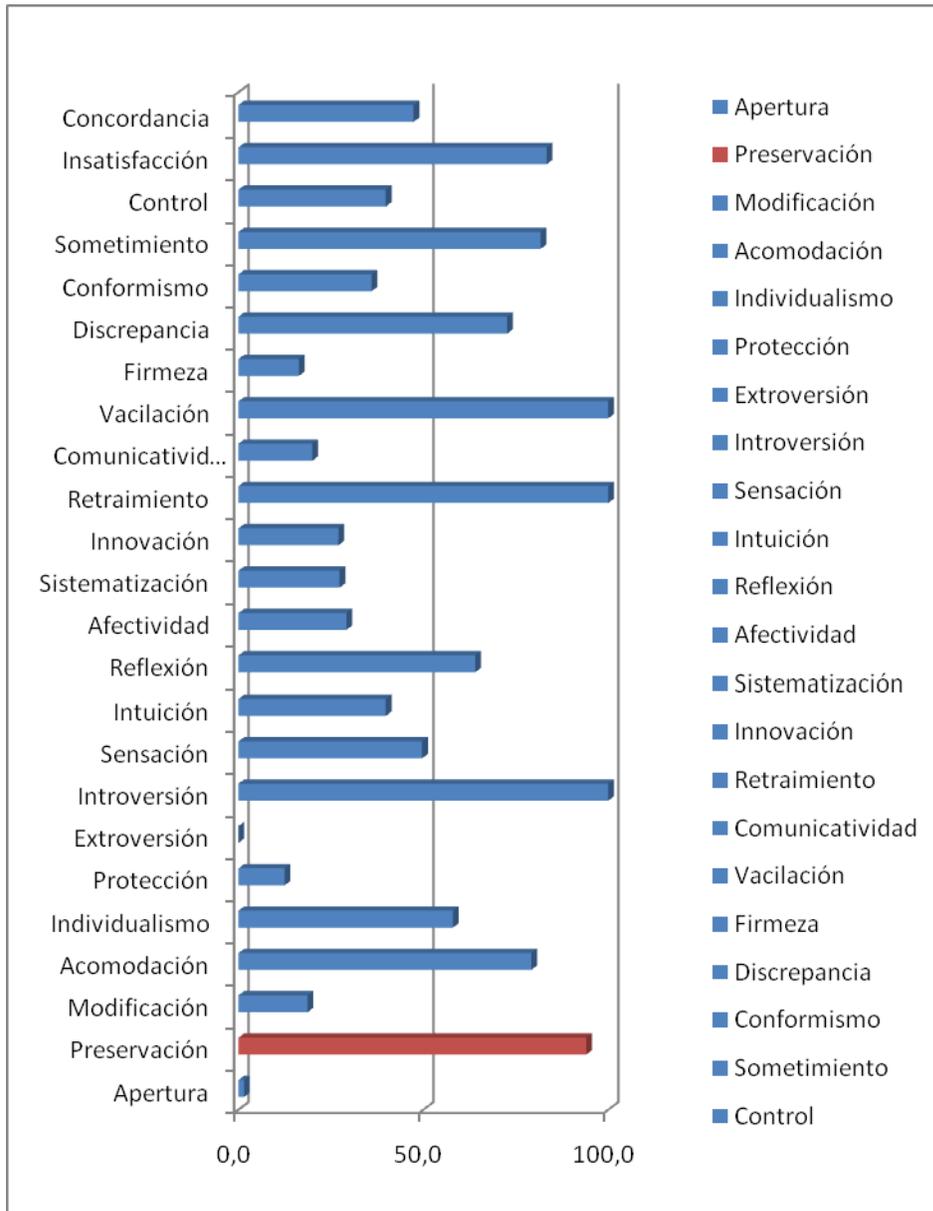
5.6.4. Grupo total de simuladores de trastorno por estrés postraumático según rangos de Butcher

Grupo D: Trastorno por estrés postraumático					
	RANGOS (Butcher y coautores, 1989)				
	Bajo	Promedio	Moderado	Alto	Muy Alto
Escalas de Validez					
Mentira (L)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	0	3	1	0	0
Incoherencia (F)	(44 o <)	(45-55)	(56-70)	(71-90)	(91 o >)
Total de sujetos	0	0	0	0	4
Corrección (K)	(49 o <)	(50-59)	(60-69)	(70-79)	(80 o >)
Total de sujetos	3	1	0	0	0

6. Análisis de datos MIPS

		Media	Máxima	Mínima
1A	Apertura	1,5	0	4
1B	Preservación	94	78	100
2A	Modificación	18,6	0	55
2B	Acomodación	79,6	58	100
3A	Individualidad	58	5	100
3B	Protección	12,5	0	69
4A	Extroversión	0	0	0
4B	Introversión	100	100	100
5A	Sensación	49,6	5	77
5B	Intuición	39,8	9	69
6A	Reflexión	64	25	100
6B	Afectividad	29,1	0	72
7A	Sistematización	27,3	0	49
7B	Innovación	27	0	73
8A	Retraimiento	100	100	100
8B	Comunicatividad	20	0	62
9A	Vacilación	100	100	100
9B	Firmeza	16,3	0	58
10A	Discrepancia	72,6	41	100
10B	Conformismo	36	0	69
11A	Sometimiento	81,6	42	100
11B	Control	39,8	0	100
12A	Insatisfacción	83,3	55	100
12B	Concordancia	47,3	0	100
			0	0
	N/s-N/c	0	0	0
	IP	4,8	0	8
	IN	9	7	10
	IC	3,6	2	5

7.1. Descripción escalas Mips



CONCLUSIONES

Podemos corroborar la hipótesis de que **“El MMPI-2, tiene una alta eficacia en detectar sujetos que simulan una enfermedad mental”**; partimos desde la escala F (incoherencia), en los cuatro grupos se obtuvieron puntuaciones T elevadas, de más de 80, lo cual nos muestra que probablemente se trató de una exageración de los síntomas a la hora de responder el test, lo que tendría una directa relación con la consigna dada de simular diferentes patologías. La elevación de la escala F puede deberse a diversas condiciones, en este trabajo existe la probabilidad de que los sujetos hayan dado respuestas al azar, por falta de disposición a cooperar en el proceso de evaluación. También existe la probabilidad de que la elevación en la escala sea producto de fingimiento, esto tiene que ver con la consigna de simulación, en este caso los sujetos probablemente contestaron el inventario con la intención consciente de reflejar dificultades emocionales.

En cuanto a la escala L (Mentira), se observa que los sujetos obtuvieron puntuaciones dentro de la media, acorde a lo que se considera un perfil válido para el test, en cuanto a la escala K (Corrección) se observa que los sujetos obtuvieron un puntaje T menor a T 50, de esta manera respondieron el test de acuerdo a la consigna de fingir una patología.

En cuanto a las escalas básicas, cuando se pide simular una enfermedad en general se observa que la patología que obtuvo un puntaje más elevado fue la esquizofrenia.

Con respecto al grupo N° 1: enfermedad mental se observa que la escala F obtuvo un puntaje T mayor a 80 que tiene que ver con el fingimiento de una enfermedad mental. En cuanto a las escalas básicas, la que obtuvo mayor puntuación corresponde a **Esquizofrenia**, lo que daría cuenta que los sujetos de este grupo simulaban padecer una esquizofrenia a la hora de responder el test.

Tomando al grupo B: Depresión, se comprueba que la escala básica que obtuvo puntaje más alto corresponde a la de **Depresión**, lo que nos muestra que los sujetos respondieron al test de acuerdo a la consigna dada.

Con respecto al grupo C: Fobia, se observa que en la escala básica la patología que más puntaje obtuvo es la escala de Esquizofrenia, así como también la escala de Depresión. En este caso se puede reflexionar se puede reflexionar en base a que probablemente de acuerdo a las escalas básicas el MMPI no resultaría útil para identificar una fobia simulada, lo que pondría en dudas nuestra hipótesis del comienzo, o quizás probablemente sean los alumnos los que no conozcan la sintomatología de una fobia por lo que no pudieron simularla. Para hacer un análisis más exhaustivo se tomó en cuenta los resultados obtenidos en las escalas de contenido principalmente en la escala de ansiedad y de miedo, en ambas se obtuvieron puntajes T elevadas de más de 65, lo que revela que los sujetos pudieron identificar ciertos síntomas de una fobia.

En cuanto al grupo D: Trastorno por estrés postraumático se observa que de los puntajes obtenidos en las escalas básicas, el puntaje más alto lo obtuvo la escala de esquizofrenia, en este caso vuelve a ocurrir lo mismo que en el caso de la fobia. Para este caso se recurrió a las escalas suplementarias de trastorno por estrés postraumático en donde se obtuvieron puntajes T elevadas de más de 65, lo que no implica necesariamente que el sujeto ha padecido un trauma reciente.

En cuanto al tiempo de toma de la técnica los sujetos necesitaron alrededor de una hora y media para responder la totalidad del test.

Con respecto al inventario MIPS se observaron puntajes elevados en la escala de preservación, la cual puede ser relacionada con el MMPI, en el sentido de que un puntaje elevado en esta escala tiene que ver con la exageración y el agravamiento de las situaciones, en este caso se relaciona con la consigna de simulación dada a los sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Psychiatry and the Law. (1996). The Insanity Defense. APA, ONAIR Public Information. Disponible en: comments or questions.
- Bonnet, E. F. P. (1984). Psicopatología y psiquiatría forenses. Buenos Aires: López Libreros Editores S.R.L.,
- Cabello, Vicente P. (2000). Psiquiatría forense en el derecho penal. Editorial Ammurabi SRL.
- Casullo M. M. (1999). Aplicaciones del MMPI- 2 en los ámbitos clínico, forense y laboral. Buenos Aires: Paidós.
- Del Popolo, Juan H. (1996). Psicología judicial. Argentina: Ediciones Jurídicas de Cuyo.
- Delgado, S., Esbec, E. y Pulido, F. (1994). Psiquiatría Legal y Forense. Madrid: Colex
- DSM-IV. Guía de uso. (1997). Edit. Masson.
- González, J. (1991). Simulación y psicología clínico – forense. Revista de Medicina legal de Costa Rica, 8 (2), 39-43.
- Gorman, W. F. (1982). Defining malingering. Journal of Forensic Sciences, 27, 401-407.
- Iruarrizaga, I. (1999) El Papel Profesional del Neuropsicólogo en el Ámbito Forense. Anuario de psicología jurídica, 133-143.
- J. Ingenieros (1956). Simulación de la locura. Buenos Aires: Elmer Editor.

- Marco, R., Marti, J.L. y Bartran, P. (1990). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat
- 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
- 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