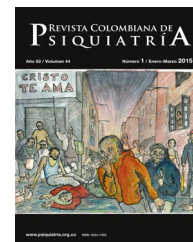




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Descripción de pacientes colombianos con simulación/magnificación de enfermedad mental, un problema frecuente en psiquiatría laboral



Jonathan Camilo Beltrán García^{a,*}, Felipe Villegas Salazar^b y Samuel David Barbosa^c

^a Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia

^b Mutalis Bienestar Laboral, Bogotá, Colombia

^c Médico, Máster en Salud Pública, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de diciembre de 2020

Aceptado el 7 de noviembre de 2021

On-line el 23 de diciembre de 2021

Palabras clave:

Simulación de enfermedad

Ausentismo

Ausencia por enfermedad

Salud laboral

R E S U M E N

Introducción: La psiquiatría laboral evalúa la relación de las manifestaciones mentales con el trabajo. El modelo de aseguramiento laboral colombiano da beneficios económicos y laborales por enfermedad ocupacional, por ello la simulación se convierte en un desafío para el psiquiatra.

Métodos: Se evaluó a 76 pacientes en junta médica de salud mental y se aplicaron pruebas de simulación (SIMS, TOMM y test de los 15 ítems de Rey), rendimiento cognitivo y personalidad. Se analizaron los resultados con medidas de tendencia central y dispersión, índice de correlación de Pearson y las pruebas de la χ^2 , de la t de Student y de la U de Mann-Whitney. Se llevó a cabo un modelo de regresión logística binaria de las conductas de magnificación mediante variables independientes clínicas, neuropsicológicas y de personalidad.

Resultados: El 71% sufrió accidentes laborales, el 84,2% tenía un diagnóstico psiquiátrico previo a la junta y el 27,6%, tras esta; se demostraron inconcordancias clínicas, magnificación y simulación de síntomas; el 64,5% reportaba dolor crónico y el 50% estaba incapacitado. Todas las pruebas de simulación mostraron correlación positiva entre ellas y el índice F-K (MMPI-2), correlación positiva con SIMS y escolaridad. La incapacidad médica y el dolor crónico aumentaron el riesgo de conductas de magnificación.

Conclusiones: La junta médica de salud mental permite identificar adecuadamente la enfermedad, la simulación y la magnificación en casos difíciles. Las conductas de simulación/magnificación se asocian con la incapacidad médica y el dolor crónico. Nuestros resultados demuestran la importancia de un diagnóstico adecuado y la detección temprana de conductas de simulación y magnificación.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jc.beltran1989@gmail.com (J.C. Beltrán García).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.006>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Description of Colombian Patients with Simulation/Magnification of Mental Health, a Common Problem in Occupational Psychiatry

A B S T R A C T

Keywords:

Simulation of illness

Absenteeism

Sick leave

Occupational health

Introduction: Occupational psychiatry evaluates the relationship of manifestations of mental problems with work. The Colombian occupational insurance model provides financial and work-related benefits due to occupational disease, and simulation can therefore become a challenge for the psychiatrist.

Methods: We evaluated 76 patients in a mental health medical board, applying simulation tests (SIMS, TOMM and the Rey 15-item test) and cognitive performance and personality tests. We analysed the results with measures of central tendency and dispersion, Pearson's correlation index, the χ^2 test, Student's t test and the Mann Whitney U test. We carried out a binary logistic regression model of magnification behaviours using independent clinical, neuropsychological and personality variables.

Results: 71% had suffered work accidents; 84.2% had a psychiatric diagnosis pre-meeting and 27.6% post-meeting; clinical inconsistencies and magnification and simulation of symptoms were demonstrated; 64.5% reported chronic pain and 50% were disabled. All simulation tests positively correlated with each other and the F-K index (MMPI-2), positively correlated with SIMS and schooling. Medical disability and chronic pain increased the risk of magnifying behaviours.

Conclusions: The mental health medical board enables effective identification of illness, simulation and magnification in difficult cases. The simulation and magnification behaviours are associated with medical disability and chronic pain. Our results demonstrate the importance of an adequate diagnosis and early detection of simulation and magnification behaviours.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Generalidades e importancia de la psiquiatría laboral

La comprensión de la experiencia humana desde una perspectiva integral, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social¹, integra los aspectos psicosociales y muestra su relación con el origen de algunas enfermedades. Las diferencias entre el estado de salud y la expectativa de vida están determinadas por factores del entorno en el que nacen, viven, trabajan y envejecen las personas²; entre ellos, el riesgo ocupacional adquiere un peso en la carga de enfermedad y se asocia con morbilidad y sufrimiento para el trabajador, su entorno social y familiar, lo cual lleva a pérdidas económicas y de productividad³. A partir de esta disyuntiva nace la psiquiatría laboral como la fusión de dos campos de la medicina: la medicina laboral y la psiquiatría. Se define como una parte de la medicina preventiva, cuya tarea es evitar las desadaptaciones emocionales y los trastornos mentales graves en la población industrial y tratar tempranamente los trastornos mentales⁴. Las dinámicas laborales han contribuido a que la psiquiatría ocupacional sea cada vez más extensa y se convierta en una rama integradora y de apoyo para la salud ocupacional. Su campo de trabajo se ejemplifica en las afecciones osteomusculares que conllevan dolor, derivadas de accidentes laborales o enfermedades de origen profesional,

en las que se desarrollan síntomas mentales que empeoran la funcionalidad del paciente y favorecen el absentismo por incapacidad recurrente^{5,6}. Para algunos trabajadores que conllevan trastornos depresivos, el reintegro requiere plazos más largos, el absentismo es recurrente y las aseguradoras incurrir en mayores gastos de recursos económicos⁷⁻¹². Por ende, la psiquiatría laboral se enfoca en intervenir, tratar y rehabilitar estos casos.

Los problemas mentales son comunes en la población general y conlleva altos costos para la sociedad, las familias, el individuo, los sistemas de salud y los empleadores¹³. Históricamente, la enfermedad mental ha impactado en la funcionalidad de los individuos. En la evaluación de la carga total de enfermedad, las proyecciones para 2020 esperan que aumente hasta el 15% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)¹⁴.

En Colombia no hay desarrollos en psiquiatría laboral, son pocas las instituciones que realizan valoraciones y tratamiento de trabajadores con síntomas o enfermedades mentales derivadas del trabajo, no hay datos sobre la carga de enfermedad mental en los trabajadores y tampoco centros dedicados a la observación o investigación en psiquiatría laboral, no existen estudios sobre el comportamiento de la enfermedad psiquiátrica y las manifestaciones mentales asociadas con el trabajo, incluidos la simulación y los factores relacionados. Por esto, la psiquiatría laboral en nuestro país es una rama que aún está en el primordio de su desarrollo.

Problemas ocupacionales y aparición de enfermedades mentales

Se estima que en países de altos ingresos, el 5% de la población trabajadora tiene problemas mentales graves y el 15%, problemas mentales moderados¹³ que, junto con el retraso en la detección de la enfermedad y el inicio y el mantenimiento de los tratamientos, lleva al empeoramiento de la afección, la cronicidad y un peor pronóstico¹⁵. Además, el estigma de la enfermedad mental favorece la discapacidad y conlleva desventaja en múltiples aspectos de la vida (personales, de relación, educativos y laborales)¹⁶. Si un individuo vulnerable por diversos factores ingresa a un ambiente de trabajo con grandes estresores laborales, puede aumentar el riesgo de trastornos clínicos y subclínicos¹³.

La Organización Internacional del Trabajo define los riesgos psicosociales en términos de la interacción entre el contenido del trabajo, la gestión y la organización del trabajo, otras condiciones organizativas y ambientales y las habilidades y necesidades del trabajador¹⁷, íntimamente relacionadas con el estrés¹⁸, y resalta que el afrontamiento de las condiciones externas está ligado a múltiples factores del individuo, no estrictamente organizativos, lo que impone un riesgo que varía entre diversos sujetos, pues todos los trabajadores pueden estar expuestos a riesgos similares, pero no en todos se desarrollarán problemas mentales. Un ejemplo de ello es el postulado de la vía suicidogénica, en la que hay una serie de factores —como experiencias vitales adversas, pobreza, estigma, falta de respeto, exclusión social, mala salud general, estilos de vida poco saludables y desconexión social— que terminan por favorecer la aparición de vías patológicas¹⁹. La percepción del trabajador de un deterioro psicosocial en el ambiente laboral se asocia con altos niveles de absentismo¹⁷; cuando el trabajador tiene una percepción de control sobre su trabajo, aumenta el bienestar¹⁸, lo cual le permite enfrentarse a otros problemas de su vida con menos riesgo de perpetuar o empeorar otros factores de riesgo psicosocial.

Relevancia de la simulación en el ámbito médico y de aseguramiento

En principio hay que aclarar que el estado de enfermedad en algunos casos puede ser deseable por los beneficios y las ventajas potenciales que socialmente conlleva. Además, el engaño hace parte de la conducta humana y es una respuesta innata que puede tener fines adaptativos²⁰.

Hector Gavin, en 1835, fue el primero en hablar de la enfermedad por engaño y usar el término trastorno facticio para describir a los sujetos que eludían responsabilidades aquejando enfermedades. En un principio, la simulación se mencionaba en contextos militares o criminales; sin embargo, con el desarrollo de los sistemas de aseguramiento, compensación financiera y seguridad social, este problema se extendió a más población²⁰ y en los últimos 20 años se ha convertido en problema de gran interés para la investigación en psiquiatría y la neurología²¹. Para hablar de la simulación, hay que entender que existe una relación estrecha con las enfermedades del espectro de los trastornos por síntomas (trastorno de conversión, trastorno por síntomas somáticos y trastorno facticio). Estos pacientes tienen patrones de conducta

diversos. En los trastornos por síntomas somáticos, por ejemplo, más de 2/3 pacientes cumplen criterios de trastorno de personalidad, con rasgos variables entre los que resaltan el dramatismo, el engaño, la hostilidad, la sociopatía y la búsqueda de atención²². Es bien conocido que tanto el trastorno facticio como la simulación tienen un importante subregistro. Enfocándonos específicamente en el trastorno facticio, algunos estudios consideran que su prevalencia estimada oscila entre el 0,5 y el 2%, más frecuente en mujeres jóvenes con antecedente de conductas de inducción de enfermedad que empiezan desde la adolescencia, y la mitad de ellas trabajan en relación con el área de la salud, lo que genera debate en las instancias donde ocurren (militar, laboral, judicial o clínico, entre otros)²¹⁻²³.

Hay que aclarar que la simulación no es un diagnóstico médico^{21,23}, sino un problema judicial. No obstante, muchas veces son los psiquiatras y otros especialistas los encargados de definirla y ponerla en evidencia. La Asociación Americana de Psiquiatría la define como la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados, motivada por incentivos externos como la evitación de obligaciones laborales o legales, la obtención de compensaciones financieras, la evasión de un enjuiciamiento criminal o la obtención de drogas o medicamentos²¹⁻²³ y se puede dividir en 2 grandes grupos: la simulación completa o la magnificación de síntomas²². La prevalencia de exageración de síntomas en Estados Unidos se estima en un 46-60%, el 29% de los casos en lesiones personales, el 30% en discapacidad de trabajadores que buscan compensación²¹, el 19% en conductas con una connotación judicial o penal y el 8% en casos médicos o psiquiátricos que suelen referir diagnósticos de trastorno por estrés postraumático, lesión cerebral y trastorno somatomorfo con dolor crónico²². Sin embargo, en Colombia no ha habido estudios sobre este problema, por lo que no hay datos sobre esta conducta.

Para detectar la simulación, se debe hacer una anamnesis muy detallada que abarque las posibles alternativas que expliquen el cuadro del evaluado, incluyendo exámenes y tratamientos que demuestren las incoherencias médicas en el cuadro clínico que se describe. Cuando se combinan diferentes pruebas para el estudio de estos casos, la probabilidad de que una simulación no se detecte se reduce sustancialmente²².

Métodos

El presente estudio pretende ser la primera descripción de pacientes colombianos con conductas de simulación/magnificación de psicopatología en el contexto laboral, tras evaluar las características clínicas, los diagnósticos médicos y las conductas desadaptativas que se asocian con este problema.

Participantes

Se llevó a cabo una revisión de 430 casos de pacientes de todas las regiones de Colombia remitidos para junta de salud mental laboral en MUTALIS en Bogotá (Colombia), de los que se seleccionaron 76 casos que cumplieran los criterios de inclusión: Inventario de simulación de síntomas (SIMS) ≥ 24 , 3 pruebas

de simulación de problemas de memoria (TOMM) positivas, primera prueba del test de los 15 ítems de Rey (T15IR) con puntuación ≤ 9 . Los criterios de exclusión fueron analfabetismo, traumatismo craneoencefálico con lesiones cerebrales documentadas por neuroimagen y discapacidad intelectual de cualquier grado. El proceso de evaluación de la junta médica fue desarrollado por un grupo de expertos compuesto por al menos 4 psiquiatras laborales, un psicólogo y un neuropsicólogo. Consistió en una entrevista clínica semiestructurada, la revisión de la historia clínica psiquiátrica y no psiquiátrica, revisión del proceso de calificación de origen de las enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas y el proceso de calificación del porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL). Se aplicó una batería estándar de pruebas neuropsicológicas y psicológicas y se emplearon los criterios diagnósticos del DSM-5.

Todos los participantes y familiares fueron informados de la investigación y dieron su consentimiento informado para su participación acorde con la declaración de Helsinki. El comité de ética en investigación médica del Instituto Roosevelt de Ortopedia Infantil (Bogotá, Colombia) aprobó este estudio como parte del macroproyecto «Mecanismos comunes de enfermedades psiquiátricas de origen laboral».

Evaluación neuropsicológica

Todos los pacientes respondieron a una batería de pruebas neuropsicológicas que incluía 2 dimensiones (síntomas cognitivos y conductas de magnificación/simulación). Para la evaluación cognitiva, se aplicaron las pruebas de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el test del trazo (TMT A y B), la escala de Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS IV), el test de Barcelona, el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WSCT), la escala de memoria de Wechsler (WMS) y la prueba de Rey-Osterrieth (RO). Para la evaluación de conductas de simulación/magnificación, se aplicaron las escalas SIMS, TOMM y T15IR.

Pruebas para detectar simulación

Inventario estructurado de simulación de síntomas

El SIMS fue creado en 1997 por Smith y Burger para detectar psicopatología fingida. Se basa en la propuesta de que una persona que intenta simular tratará de exaltar síntomas extraños, raros o atípicos. La prueba abarca un espectro extenso de pseudopsicopatología que incluye depresión atípica, fallas de memoria improbables, síntomas pseudoneurológicos, síntomas psicóticos dudosos y síntomas hiperbólicos de retraso mental²⁴. Está compuesto por 5 categorías que están representadas en subescalas y cada una se compone de 15 ítems. Los sujetos que aquejan una variedad de síntomas del SIMS son sospechosos de simulación de psicopatología^{25,26}. Se ha demostrado que la prueba tiene una sensibilidad adecuada y estable entre los diferentes estudios realizados (87-100%) para detectar la simulación de síntomas, con una especificidad variable para detección de síntomas clínicos según el punto de corte que se tenga en cuenta (23-100%)²⁵.

Test de simulación de memoria

Es una prueba de evaluación de desempeño en reconocimiento visual que identifica el pobre esfuerzo cognitivo y la exageración de problemas de memoria. Se la considera la prueba para evaluar simulación más aplicada e investigada, en ámbito tanto clínico como forense, y se han demostrado una especificidad y un valor predictivo positivo adecuados para producir material probatorio en el sistema judicial estadounidense²⁷.

Test de los 15 ítems de Rey

El T15IR es una evaluación mediante 15 figuras que se presentan al evaluado durante 10 segundos cada una con la instrucción de que reproduzca la mayor cantidad de figuras que recuerde. El punto de corte es 9, y se considera que cualquier valor inferior indica invalidación de la prueba²⁸.

Evaluación psicológica

Se realizó una evaluación de los rasgos de personalidad del paciente mediante el inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2) y una entrevista clínica con el fin de evaluar 2 dominios: rasgos de personalidad del participante y conductas de exageración y disimulación (Escala F y K, índice F-K)²⁹.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariado mediante medidas de tendencia central y de dispersión de las variables seleccionadas. Para todos los análisis de variables, se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$. Las variables de relevancia clínica (pruebas de simulación, cribado de rendimiento cognitivo y variables sociodemográficas) se analizaron mediante el índice de correlación de Pearson, la prueba de la χ^2 y el test exacto de Fisher; la diferencia de medias, mediante la prueba paramétrica de la t de Student para variables con tendencia normal, y para el análisis de la diferencia de medianas y distribución, mediante la prueba de la U de Mann-Whitney para variables con distribución no normal.

Se llevó a cabo un modelo de regresión logística binaria con la variable magnificación como variable dependiente y las variables de relevancia clínica demostrada y los análisis y la experiencia de los evaluadores como variables independientes (dolor crónico, incapacidad, sexo, queja subjetiva de síntomas cognitivos y depresivos, SIMS, TOMM, T15IR y factores de vulnerabilidad no laborales por rasgos de personalidad); se utilizó la prueba de la χ^2 omnibus para evaluar la validez del modelo y se reportó el resumen mediante la R^2 de Nagelkerke.

Resultados

Exploración sociodemográfica

La media de edad fue 43,71 años y la escolaridad se reportó con una mediana de 11 años lectivos. Las procedencias departamentales de los pacientes evaluados que más se reportaron fueron el 14,5% de Bogotá D.C., el 11,8% de Atlántico, el 10,5% de Cundinamarca y el 14,5% de Santander. El 72,4% tenía pareja estable (unión libre o unión de hecho) y el 27,6%

Tabla 1 – Agrupaciones de diagnósticos psiquiátricos antes y después de la junta médica de salud mental

	Antes (%)	Después (%)
Sin diagnóstico	15,8	72,4
Trastornos depresivos	34,1	7,9
Trastornos bipolares	2,6	0
Trastornos psicóticos	1,3	0
Trastornos de ansiedad	3,9	2,6
TEPT	9,2	1,3
Trastorno de adaptación	17,1	10,5
Trastorno por síntomas somáticos	3,9	2,6
Trastornos neurocognitivos	3,9	0
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	7,9	1,3
Trastorno de conversión	0	1,3

TEPT: trastorno por estrés postraumático.

no (divorcio, viudez o soltería). En relación con el trabajo desempeñado, el 56% corresponde a trabajos manuales y/o de campo y el 26,3%, a labores en oficina. El 7,9% trabajaba en empresas públicas y el 92,1%, en empresas privadas.

Diagnóstico psiquiátrico

Al momento de la valoración de la junta médica, el 84,2% de los participantes tenían un diagnóstico psiquiátrico. Los más frecuentes eran la agrupación de trastorno del espectro depresivo (34,1%), entre ellos el trastorno depresivo mayor episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (11,8%), también el trastorno de adaptación (17,1%) y el trastorno de estrés postraumático (9,2%). Los demás se repartían en otra serie de diagnósticos de menor frecuencia (tabla 1). Luego del proceso de evaluación, se encontró que solo el 27,6% de los pacientes tenían un diagnóstico psiquiátrico, de los que el más frecuente era el trastorno de adaptación (el 10,5% de los casos).

Al evaluar los rasgos de personalidad de los pacientes, el 17,1% tenía un trastorno de personalidad clasificado en el grupo B; el 48,7%, rasgos del grupo B y el 5,3%, rasgos del grupo A. El 13,2% correspondía a rasgos de personalidad histriónicos; el 7,9%, a trastorno de personalidad histriónico y el 36,8% a rasgos o trastorno de personalidad no especificados.

Durante la evaluación, los síntomas más frecuentes que mostraban los evaluados fueron las alteraciones cognitivas (53,9%) y los síntomas depresivos (26,3%). Frente a las razones de cambio de los diagnósticos psiquiátricos definidos por la junta médica, se encontró que el 61,8% de los evaluados presentaban incoherencias clínicas y contradicciones notorias en su historia médica y en la junta de salud mental (entrevista psiquiátrica, pruebas neuropsicológicas y pruebas de personalidad), el 28,9% nunca cumplió los criterios diagnósticos de las enfermedades que tenían según la descripción de sus historias clínicas, el 89,5% magnificaba los síntomas mentales y en el 18,4% la junta médica registró que se evidenciaba una posible simulación del cuadro clínico.

Al evaluar las afecciones no psiquiátricas, el cuadro más frecuente fue el dolor crónico (el 64,5% de los casos), seguido por enfermedades de discos intervertebrales (cervicales, dorsales o lumbares) (23,7%) y afecciones osteomusculotendinosas de las extremidades superiores y la columna (síndrome del manguito rotador, síndrome del túnel carpiano, bursitis del

Tabla 2 – Agrupación de diagnósticos médicos no psiquiátricos

	n	%
Dolor crónico	49	65,5
EOMT de extremidades superiores y dorso	21	27,6
Trastornos de discos intervertebrales	18	23,7
Traumatismos craneales y faciales	15	19,7
Cefalea crónica	2	2,6
Intoxicaciones por metales pesados	3	3,9
Traumatismos y lesiones en extremidad superior	2	2,6
Politraumatismo	8	10,5
Discapacidad visual	2	2,6
Discapacidad auditiva, tinnitus y vértigo	4	5,3
Traumatismos y lesiones en extremidad inferior	7	9,2
Traumatismo por descarga eléctrica	1	1,3
Enfermedad pulmonar por exposición	1	1,3

EOMT: enfermedad osteomusculotendinosa.

hombro, dorsalgias, cervicalgias y lumbagos no asociados con discopatías) en el 27,6% de los pacientes. Los demás diagnósticos se distribuían en otras categorías, con frecuencias muy bajas (tabla 2).

Situación ocupacional

En cuanto a la situación ocupacional, el 50% estaba incapacitado; el 21,1% reubicado, el 10,5% no tenía una restricción específica y el 18,3% restante se dividía entre desempleo, pensión, vinculación sin funciones o en proceso de reintegrarse al trabajo. Respecto a los eventos detonantes de las alteraciones clínicas (psiquiátricas y no psiquiátricas), el 71,1% había sufrido un accidente laboral, el 22,4% se relacionaba con una enfermedad laboral y el 5,2%, con otros eventos diferentes (enfermedad común o accidente de tránsito). Al evaluar los factores laborales y extralaborales reportados por el paciente, un familiar y la historia clínica y los identificados en la junta de salud mental, se encontró que los factores de vulnerabilidad extralaborales más frecuentes eran los rasgos de personalidad y las dificultades económicas, y los factores de vulnerabilidad laboral más frecuentes correspondían a las malas relaciones sociales y las dificultades de liderazgo del jefe (transparencia en el rol desempeñado, conflictos con el rol desempeñado, recompensa y reconocimiento por el empleador y apoyo social de los colegas) y la organización del trabajo y su contenido (significado del trabajo para el trabajador).

Simulación, rendimiento cognitivo y personalidad

Las pruebas neuropsicológicas reportaron un rendimiento cognitivo por debajo del esperado para los pacientes, lo cual demuestra una exageración de alteraciones cognitivas, una elevada puntuación en el SIMS (notoriamente superior al esperado por los investigadores) y una marcada disminución en los 3 tests del TOMM y el T15IR (tabla 3). Se llevó a cabo un análisis bivariado mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y se halló significación estadística entre las pruebas de evaluación de simulación de síntomas mentales y cognitivos, la evaluación del rendimiento cognitivo y las variables sociodemográficas: la prueba de SIMS tuvo una correlación negativa

Tabla 3 – Desempeño cognitivo y evaluación de simulación/magnificación

Prueba	Subescala	Puntuación	Tiempo (s)
Simulación	SIMS	46,6 ± 9	—
	TOMM ensayo 1	22,9 ± 5,2	—
	TOMM ensayo 2	24 ± 9,1	—
	TOMM ensayo 3	22,9 ± 9,3	—
	T15IR	4,9 ± 2,1	—
MoCA	Puntaje	13,67 ± 6,9	—
MMSE*	Puntaje	14,4 ± 6,8	—
TMT	TMT A	19,2 ± 7,2	138,3 ± 60,9
	TMT B	11,2 ± 7,3	264 ± 309
WAIS IV	Dígitos	11,9 ± 5,5	—
	Claves de número	18,3 ± 15,8	—
TB	Vocabulario	17,8 ± 8,9	—
	Cálculo mental	3,7 ± 2,9	—
	Problemas aritméticos	1,9 ± 1,3	—
	Información	2,9 ± 2,6	—
	Refranes	4 ± 3,8	—
WSCT	Categorías	0,3 ± 0,6	—
	Error no perseverativo	15,9 ± 6,3	—
	Error perseverativo	22,9 ± 12,4	—
	Correctas	24,1 ± 8,9	—
WMS III	Ensayo 1	2,7 ± 2,2	—
	Ensayo 2	4,1 ± 2,8	—
	Largo plazo	2,3 ± 1,8	—
	Reconocimiento	7,7 ± 3,1	—
Rey Osterrieth	Evocación	9,3 ± 5,3	138,6 ± 69,9
MMPI-2	Escala F	85,2 ± 13,6	—
	Escala K	45,6 ± 9	—
	Índice F-K	39,6 ± 19,4	—

MMSE: Mini Mental State Examination; MoCA: escala de evaluación cognitiva de Montreal; SIMS: inventario estructurado de simulación de síntomas; T15IR: test de los 15 ítems de Rey; TB: test de Barcelona; TMT: test del trazo; TOMM: test de simulación de problemas de memoria; WAIS IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV; WMS III: Escala de memoria de Wechsler-III; WSCR: Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin.

* Muestra insuficiente.

Pruebas de funcionamiento cognitivo y pruebas de simulación en pacientes con criterios de máxima simulación. Los valores expresan media ± desviación estándar.

con MoCA y positiva con el índice F-K; las 3 pruebas del TOMM se correlacionaron positivamente entre sí y con MoCA; el T15IR se correlacionó positivamente con la escolaridad, las 3 pruebas del TOMM y MoCA, y el índice F-K del MMPI-2 tuvo una correlación positiva con SIMS y escolaridad. No se encontraron otras correlaciones de relevancia (tabla 4).

El análisis de la conducta de magnificación encontró asociación entre la conducta de magnificación y el dolor crónico ($\chi^2 = 4,762$; $p = 0,029$) y el test 1 del TOMM ($\chi^2 = 4,369$; $p = 0,037$) (tabla 5), y la conducta de simulación reportó asociación con la incapacidad ($\chi^2 = 5,604$; $p = 0,018$).

Se realizó un análisis multivariado por regresión logística binaria de las conductas de magnificación como variables dependientes y variables clínicas y neuropsicológicas como variables independientes (dolor crónico, incapacidad, sexo, queja subjetiva de síntomas depresivos, queja subjetiva de síntomas cognitivos, factores de vulnerabilidad no laboral por rasgos patológicos de personalidad, SIMS, TOMM y T15IR); reportó que el dolor crónico o el estado

de incapacidad aumentan notoriamente la probabilidad de tener conductas de magnificación (respectivamente, $\beta = 4,389$; $\text{Exp}(B) = 80,538$; $p = 0,040$; y $\beta = 3,490$; $\text{Exp}(B) = 32,791$; $p = 0,039$). Este modelo alcanzó significación estadística ($\chi^2 = 20,894$; $p = 0,034$; $R^2N = 0,540$) y encontró que la incapacidad y el dolor crónico en este modelo explican la variación en la conducta de magnificación (tabla 6).

Discusión

El estudio ha explorado las enfermedades psiquiátricas de origen ocupacional enfocándose en las conductas de simulación y magnificación, su relación con factores de vulnerabilidad ocupacional y extralaboral y los hallazgos clínicos y neuropsicológicos de las juntas médicas de salud mental de expertos en estas patologías. Con el fin de poder identificar con mayor objetividad a los pacientes con conductas de simulación y magnificación, se establecieron criterios de máxima simulación, que pretendían únicamente identificar los casos más representativos de esta conducta, entre ellos la prueba de SIMS, diseñada para detectar la presencia de síntomas mentales y cognitivos por grupos, los que son infrecuentes, incongruentes, aberrantes e incompatibles con la psicopatología descriptiva, que no se presentan en las afecciones psiquiátricas reales y son claramente simulados, se decidió usar el punto de corte de 24 propuesto por Wisdom et al.³⁰ para obtener la máxima especificidad de la prueba (sensibilidad del 51% y especificidad del 100%).

Si bien las conductas de simulación y magnificación en las evaluaciones hechas por el grupo de psiquiatría laboral de Mutalis son notoriamente frecuentes, los motivos subyacentes son variados y se presentan en diversos grados, por lo que dilucidar con gran certeza el punto en que deja de manifestarse una enfermedad psiquiátrica y aparece el engaño ha sido un reto muy difícil. En este estudio, que es la primera descripción de este tipo de pacientes en Colombia, se halló que en las enfermedades asociadas con eventos laborales lo más reportado es los accidentes laborales, lo que explica la alta frecuencia de afecciones osteomusculares de las extremidades superiores, trastornos de discos intervertebrales y dolor crónico. La interacción entre dolor y síntomas mentales se ha descrito como una relación compleja de entender y abordar³¹, a lo que hay que agregar que el dolor crónico se ha descrito como un síntoma que tiende a ser simulado²², probablemente por la subjetividad que implica su diagnóstico, en concordancia con los resultados de nuestro estudio, en el que se asocia con la conducta de magnificación. En consecuencia, el estudio del dolor y su observación longitudinal deben ser una prioridad en las evaluaciones médicas laborales, incluida la psiquiátrica.

El diagnóstico psiquiátrico resultó ser uno de los hallazgos más llamativos, pues la gran mayoría de los pacientes (84,2%) venían siendo tratados por enfermedades psiquiátricas con diagnóstico previo que en un 72,4% de los casos se descartó luego de la junta de salud mental, al encontrar un alto grado de incoherencias clínicas (contradicciones recurrentes entre las historias clínicas y el reporte del paciente, los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la observación clínica durante el desarrollo de la junta), magnificación y simulación

Tabla 4 – Correlación de las pruebas neuropsicológicas y de personalidad en la evaluación de conducta de simulación/magnificación de síntomas mentales y cognitivos

Variables	Edad	Escolaridad	SIMS	Tomm E1	Tomm E2	Tomm E3	T15IR	MoCA	Índice F-K
Edad		r = -0,182 p = 0,116	r = 0,115 p = 0,331	r = 0,062 p = 0,593	r = -0,031 p = 0,793	r = 0,029 p = 0,801	r = 0,056 p = 0,640	r = 0,056 p = 0,661	r = -0,066 p = 0,571
Escolaridad	r = -0,182 p = 0,116		r = -0,160 p = 0,176	r = 0,000 p = 0,999	r = 0,035 p = 0,762	r = 0,111 p = 0,342	r = 0,293 p = 0,012	r = -0,089 p = 0,483	r = 0,301 p = 0,009
SIMS	r = 0,115 p = 0,331	r = -0,160 p = 0,176		r = -0,116 p = 0,329	r = -0,062 p = 0,601	r = -0,189 p = 0,109	r = -0,130 p = 0,283	r = -0,342 p = 0,006	r = 0,351 p = 0,002
TOMM E1	r = 0,062 p = 0,593	r = 0,000 p = 0,999	r = -0,116 p = 0,329		r = 0,638 p = 0,000	r = 0,578 p = 0,000	r = 0,309 p = 0,008	r = 0,473 p = 0,000	r = -0,162 p = 0,165
TOMM E2	r = -0,031 p = 0,793	r = 0,035 p = 0,762	r = -0,062 p = 0,601	r = 0,638 p = 0,000		r = 0,752 p = 0,000	r = 0,378 p = 0,001	r = 0,526 p = 0,000	r = 0,033 p = 0,779
TOMM E3	r = 0,029 p = 0,801	r = 0,111 p = 0,342	r = -0,189 p = 0,109	r = 0,578 p = 0,000	r = 0,752 p = 0,000		r = 0,299 p = 0,010	r = 0,463 p = 0,000	r = -0,132 p = 0,260
T15IR	r = 0,056 p = 0,640	r = 0,293 p = 0,012	r = -0,130 p = 0,283	r = 0,309 p = 0,008	r = 0,378 p = 0,001	r = 0,299 p = 0,010		r = 0,359 p = 0,004	r = 0,166 p = 0,164
MoCA	r = 0,056 p = 0,661	r = -0,089 p = 0,483	r = -0,342 p = 0,006	r = 0,473 p = 0,000	r = 0,526 p = 0,000	r = 0,463 p = 0,000	r = 0,359 p = 0,004		r = 0,097 p = 0,450
Índice F-K	r = -0,066 p = 0,571	r = 0,301 p = 0,009	r = 0,351 p = 0,002	r = -0,162 p = 0,165	r = 0,033 p = 0,779	r = -0,132 p = 0,260	r = 0,166 p = 0,164	r = 0,097 p = 0,450	

E1: ensayo 1; E2: ensayo 2; E3: ensayo 3; MoCA: escala de evaluación cognitiva de Montreal; SIMS: inventario estructurado de simulación de síntomas; T15IR: test de los 15 ítems de Rey; TOMM: test de simulación de problemas de memoria.

Coefficientes de correlación de Pearson entre variables sociodemográficas, escalas de simulación de síntomas mentales y cognitivos y personalidad.

Tabla 5 – Relaciones entre las conductas de magnificación y factores clínicos y neuropsicológicos de relevancia

	Variables	χ^2	p
Magnificación	Dolor crónico	4,762	0,029
	Incapacidad	1,627	0,202
	Sexo	1,764	0,184
	QSD	0,078	0,780
	QSC	0,026	0,873
	SIMS	0,763	0,382
	T15IR	1,400	0,237
	TOMM 1	4,369	0,037
	TOMM 2	0,650	0,420
	TOMM 3	2,535	0,111
	FVNLP	1,197	0,274

FVNLP: factores de vulnerabilidad no laborales por rasgos de personalidad; QSD: queja subjetiva de síntomas depresivos; QSC: queja subjetiva de síntomas cognitivos; T15IR: prueba de los 15 ítems de Rey.

Análisis bivariado entre las conductas de magnificación/simulación y variables de relevancia sociodemográfica, clínica y neuropsicológica.

Tabla 6 – Modelo de regresión logística binaria de las conductas de magnificación en relación con factores clínicos y neuropsicológicos

Modelo de regresión	Variable	β	Exp(B)	p
Magnificación ($X^2 \chi^2 = 20,894$; p = 0,034; R ² N = 0,540)	Dolor crónico	4,389	80,538	0,040
	Incapacidad	3,490	32,791	0,039
	QSD	-3,335	0,036	0,120
	QSC	-0,943	0,389	0,577
	FVNLP	1,815	6,143	0,240
	SIMS	-0,085	0,918	0,368
	TOMM1	0,176	1,193	0,344
	TOMM2	-0,156	0,856	0,358
	TOMM3	0,201	1,222	0,121
	T15IR	0,231	1,259	0,528
	Sexo	-2,948	0,052	0,066

FVNLP: factores de vulnerabilidad no laborales por rasgos de personalidad; QSD: queja subjetiva de síntomas depresivos; QSC: queja subjetiva de síntomas cognitivos; R²N: prueba de R cuadrado de Nagelkerke; T15IR: prueba de los 15 ítems de Rey.

de síntomas; una parte de los pacientes nunca cumplieron en los seguimientos clínicos ambulatorios los criterios de las enfermedades psiquiátricas que tenían diagnosticadas. Frente a esta situación, una parte de los pacientes pueden haber tenido una afección psiquiátrica previa que había entrado en remisión completa, y probablemente el paciente nunca lo reportó y la magnificó hasta hacerla parecer crónica, lo cual los expuso a tratamientos que habrían sido innecesarios. Entre ellos, destaca la alta prevalencia de trastornos depresivos previos a la junta (34,1%), la notoria reducción de este diagnóstico (7,9%) y la preponderancia del trastorno

adaptativo tras la junta (10,5%), que tiene un mayor valor al entender este diagnóstico como una enfermedad cuyo origen se asocia con la reactividad hacia un estresor que produce síntomas ansiosos, depresivos o conductuales en los 3 meses siguientes a la exposición y debe resolverse en los 6 meses siguientes a la retirada del estresor³². La mayor frecuencia del diagnóstico de trastorno de la adaptación se explica porque estos individuos desarrollaron síntomas mentales cuyo origen fue reactivo a un estresor definido, con respuestas variadas según la exposición y la mitigación del estresor; finalmente logran la resolución o perpetuación de los síntomas a través de sus mecanismo de afrontamiento; por ende, la clínica variaba en el tiempo y en los síntomas, nunca se tornó episódica y nunca cumplió los criterios de otra enfermedad diferente.

Estos resultados afloran un problema recurrente en la psiquiatría relacionada con la validez interobservadores de algunos diagnósticos (valor kappa)³³. Entre ellos, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, que históricamente ha sido cuestionado por tener un valor bajo ($\kappa=0,28$) debido a que los síntomas que componen sus criterios agrupan diversos tipos de manifestaciones afectivas que pueden ir desde enfermedades graves hasta respuestas emocionales normales como el duelo (si solamente se tiene en cuenta los síntomas descritos en el criterio A). Otro ejemplo es el discutido trastorno mixto de ansiedad y depresión, con nula validez interobservadores ($\kappa=0$)³³, lo que puede explicar el alto sobrediagnóstico de trastornos afectivos antes de la junta. Sin embargo, resultó llamativo que el 61,8% de los pacientes tenían incoherencias en su historia clínica y el 28,9% nunca cumplieron los criterios diagnósticos, lo cual no se explica por las conductas de magnificación o simulación, sino por el rigor de la evaluación clínica inicial que consideró el diagnóstico. Por estas razones, el modelo de juntas médicas en psiquiatría laboral aporta mayor validez al proceso diagnóstico, pues disminuye el riesgo de baja validez interobservadores y la perpetuación de diagnósticos inadecuados y sus implicaciones para el paciente y el sistema de aseguramiento.

Otro de los hallazgos de nuestro estudio con gran relevancia es la situación laboral de los pacientes, pues si el 72,4% de ellos no tenía un diagnóstico psiquiátrico activo según el concepto de la junta médica, en principio no era esperable que el 50% estuviera incapacitado. No obstante, al analizar este fenómeno, dicha situación se vuelve esperada en los pacientes con estas características por su complejidad clínica y ocupacional, lo cual se debe vigilar, pues el absentismo laboral y la incapacidad temporal son fenómenos preocupantes en el mundo debido a sus implicaciones económicas y sociales, los días de trabajo perdidos (absentismo), la pérdida de la productividad por enfermedad (presentismo) y los costos indirectos (gastos de contratación de sustitutos, disminución de la productividad, aumento del gasto sanitario y disminución de la competitividad) que estos fenómenos traen consigo³⁴.

La incapacidad médica debe ser entendida como una medida en la que están involucrados 2 sujetos (el médico prescriptor y el paciente), cuyos razonamientos y motivaciones deben ser entendidos desde una perspectiva global (médica, social, ocupacional, financiera y relacional). En el primer caso (médico prescriptor), al notar que la incapacidad médica puede relacionarse con los cambios en el modo de diagnóstico de las enfermedades, políticas públicas de seguridad social, determinantes sociales para la salud mental, cambios en el entorno laboral³⁵ y vínculo entre el prescriptor y el paciente, puede explicar en parte que el clínico considere la incapacidad médica como una forma adecuada de manejar los síntomas mentales de un individuo y disminuir los factores de riesgo. Empero, esta medida implica un aumento de la evitación del problema³⁵, no lo soluciona y se convierte en el mecanismo para paliar un problema estrictamente ambiental/laboral que puede favorecer el sobrediagnóstico de trastornos afectivos.

En el segundo caso (paciente que consulta), algunos estudios han reportado que el 10% de la población asalariada tiene episodios únicos de incapacidad por enfermedad mental y el 5%, episodios recurrentes; entre ellos destacan los trastornos

de ansiedad, somatomorfos, relacionados con estrés y de las emociones; los asociados con trastornos de personalidad son los que implican una ausencia laboral más larga³¹. El absentismo laboral en estos casos, ligado a la incapacidad médica, da información relacionada con la naturaleza y las características del trabajo y las características propias de los individuos respecto al afrontamiento de su problema³⁶. Esto puede relacionarse con 2 hallazgos de nuestro estudio: el primero, la alta proporción de pacientes incapacitados y el segundo, el alto porcentaje de rasgos o trastornos de personalidad del grupo B en los evaluados (el 48,7 y el 17,1% respectivamente), de los cuales los rasgos y el trastorno histriónico son los más frecuentes, probablemente por el marcado dramatismo y la inestabilidad afectiva que tienden a demostrar. La detección de estos 2 elementos clínicos (estado de incapacidad y presencia o sospecha de rasgos o trastorno de personalidad del grupo B) en una evaluación psiquiátrica laboral debe hacer que el médico investigue más minuciosamente la clínica del paciente para definir su proceso de tratamiento.

Siguiendo con los factores del paciente asociados con incapacidad, nuestro estudio muestra que la incapacidad favorece las conductas de magnificación de síntomas mentales, probablemente por la necesidad de permanecer en un estado económicamente deseable que se puede explicar mediante 2 factores: la reglamentación colombiana del pago de las incapacidades por enfermedad de origen común o laboral y el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional en Colombia, que tiene una metodología que otorga puntajes de pérdida de capacidad laboral favoreciendo ciertas enfermedades ante otras, y con ello el porcentaje de deficiencia se define según la gravedad de la enfermedad o deficiencia³⁷; esto convierte el diagnóstico en un objetivo deseable para el evaluado y la conducta de magnificación como el mecanismo para llegar a ese objetivo. Por ello la asociación entre la enfermedad mental y el absentismo laboral, en la que median conductas de magnificación/simulación, se explica como una búsqueda de una mayor estabilidad laboral, remuneración económica por enfermedad y por las características individuales de los trabajadores³⁶.

Conclusiones

Esta investigación crea el escenario para ampliar el conocimiento sobre las conductas de simulación/magnificación de síntomas mentales en la población laboral colombiana expuesta a estresores laborales, que puede corresponder a accidentes o enfermedades laborales. Estos resultados señalan deficiencias en los procesos de evaluación y diagnóstico de las enfermedades mentales laborales en Colombia y exaltan la necesidad de mecanismos de evaluación más objetivos, unificación de conceptos y enseñanza de la psiquiatría laboral en las escuelas de Medicina y los programas de especialización en Psiquiatría, con el fin de lograr una mejor aproximación a la enfermedad mental laboral. Esta investigación crea las bases para diseñar nuevos estudios que permitan explorar con mayor profundidad y desde otras metodologías las conductas de magnificación/simulación de enfermedad mental laboral. Las futuras investigaciones deben guiarse hacia la evaluación longitudinal de estos casos y los

factores que en el seguimiento médico desembocan o favorecen el desarrollo conductas de simulación y magnificación.

Limitaciones

Son limitaciones de este estudio la pequeña muestra de pacientes por los estrictos criterios de inclusión y exclusión y las dificultades para obtener datos relacionados con factores de vulnerabilidad laborales y no laborales, por la reducida credibilidad del relato de los participantes, que hace imposible aplicar escalas para la evaluación de síntomas afectivos o problemas de la vida cotidiana considerando el alto riesgo de sesgo de inducción de una clínica irreal por la conducta de simulación/magnificación de este tipo de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que hemos trabajado con la empresa Mutalis Bienestar Laboral; sin embargo, esto no ha generado conflictos de intereses en el desarrollo de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Mental health: Strengthening mental health promotion [Internet]. 2001. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Rep Comm Soc Determ Heal*. 2008.
- Riaño-Casallas MI, Palencia-Sánchez F. Los costos de la enfermedad laboral: revisión de literatura. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33.
- Mindus E. Outlines of a concept of industrial psychiatry. *Bull World Health Organ*. 1955;13:561-74.
- Dersh J, Gatchel RJ, Polatin P, Mayer T. Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *J Occup Environ Med*. 2002;44:459-68.
- Keogh JP, Nuwayhid I, Gordon JL, Gucer PW. The impact of occupational injury on injured worker and family: outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers. *Am J Ind Med*. 2000;38:498-506.
- Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006;51:63-75.
- Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J Occup Environ Med*. 2008;50:401-10.
- Lötters F, Franche RL, Hogg-Johnson S, Burdorf A, Pole JD. The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy for duration of lost-time benefits in workers with musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med*. 2006;63:794-801.
- Dozois DJA, Dobson KS, Wong M, Hughes D, Long A. Factors associated with rehabilitation outcome in patients with low back pain (LBP): Prediction of employment outcome at 9-month follow-up. *Rehabil Psychol*. 1995;40:243-59.
- Garcy P, Mayer T, Gatchel RJ. Recurrent or new injury outcomes after return to work in chronic disabling spinal disorders. Tertiary prevention efficacy of functional restoration treatment. *Spine (Phila)*. 1996;21:952-9.
- Ash P, Goldstein SI. Predictors of returning to work. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23:205-10.
- Memish K, Martin A, Bartlett L, Dawkins S, Sanderson K. Workplace mental health: An international review of guidelines. *Prev Med (Baltim)*. 2017;101:213-22.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. Disponible en: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental.final.tomoi_color.pdf. Consultado 11 Jul 2018.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45:11-27.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387:1123-32.
- Fernandes C, Pereira A. Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2016;50.
- Grawitch MJ, Ballard DW, Erb KR. To be or not to be (stressed): The critical role of a psychologically healthy workplace in effective stress management. *Stress Heal*. 2015;31:264-73.
- Cairns JM, Graham E, Bambra C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2017;192:102-11.
- Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, factitious disorder and malingering: a distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci*. 2017;42:72-80.
- Bass C, Wade DT, Malingering, factitious disorder. *Pract Neurol*. 2019;19:96-105.
- Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383:1422-32.
- Schnellbacher S, O'Mara H. Identifying and managing malingering and factitious disorder in the military. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18.
- Parks AC, Gfeller J, Emmert N, Lammert H. Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Appl Neuropsychol*. 2017;24:429-38.
- Van Impelen A, Merckelbach H, Jelicic M, Merten T. The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *Clin Neuropsychol*. 2014;28:1336-65.
- Rogers R, Robinson EV, Gillard ND. The SIMS. screen for feigned mental disorders: the development of detection-based scales. *Behav Sci Law*. 2014;32:455-66.
- Rivera D, Perrin PB, Weiler G, Ocampo-Barba N, Aliaga A, Rodríguez W, et al. Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*. 2015;37:719-35.
- Bailey KC, Soble JR, O'Rourke JFF. Clinical utility of the Rey 15-Item Test, recognition trial, and error scores for detecting noncredible neuropsychological performance in a mixed clinical sample of veterans. *Clin Neuropsychol*. 2018;32:119-31.
- Rogers R, Sewell KW, Martin MA, Vitacco MJ. Detection of feigned mental disorders a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*. 2003;10:160-77.
- Wisdom NM, Callahan JL, Shaw TG. Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Arch Clin Neuropsychol*. 2010;25:118-25.
- Roelen CAM, Norder G, Koopmans PC, Van Rhenen W, Van Der Klink JLL, Bültmann U. Employees sick-listed with mental

- disorders: Who returns to work and when? *J Occup Rehabil.* 2012;22:409–17.
32. Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En: Kaplan & Sadock, Sinopsis de psiquiatría, ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica. 10.^a ed. 2015:437–50.
33. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine D, Schultz S, Tamminga C, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry.* 2013;170:1–5.
34. Enguita Martín RC, Ramos Muñoz R. Trastorno de adaptación: análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Med Segur Trab (Madr.).* 2013;59:322–44.
35. Almonte JC, Muñoz P, Parrini J. Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo. *Rev Med Chil.* 2018;146:494–501.
36. Ejebu O-Z, Skátun D. Vocation. Mental Illness, and the Absenteeism Decision. *J Occup Environ Med.* 2018;60:1136–42.
37. Ministerio de la Protección Social. Manual Único para la Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014 Colombia; 2014 p. 149.