



GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS

TRABAJO FIN DE GRADO

**“Influencia de Variables Sociodemográficas en la Detección
de Simulación de Síntomas”**

GEORGE DANIEL ENESCU

FACULTAD DE COMERCIO Y RELACIONES LABORALES

VALLADOLID, 16/06/2025



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS

HUMANOS

CURSO ACADÉMICO 2024/2025

TRABAJO FIN DE GRADO

**“Influencia de Variables Sociodemográficas en la Detección
de Simulación de Síntomas”**

Trabajo presentado por: GEORGE DANIEL ENESCU

Tutor/a: ESTEBAN PUENTE LÓPEZ

FACULTAD DE COMERCIO Y RELACIONES LABORALES

Valladolid, 16/06/2025

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La simulación de síntomas representa un desafío crítico en los ámbitos clínico y forense debido a sus implicaciones diagnósticas, legales y económicas. Identificar adecuadamente esta conducta resulta fundamental para garantizar diagnósticos justos, prevenir fraudes y proteger la correcta distribución de recursos económicos. A pesar de su relevancia, sigue existiendo un margen importante de mejora en los métodos de detección.

OBJETIVO. Analizar la influencia de variables sociodemográficas en las puntuaciones obtenidas en dos pruebas psicométricas para la detección de simulación: el SIMS y el IOP-29, aplicadas a una muestra no clínica.

METODOLOGÍA. Se realizó un estudio cuantitativo con una muestra de 61 trabajadores residentes en España. Se recogieron datos mediante un cuestionario en línea que incluyó variables sociodemográficas y la aplicación de los instrumentos SIMS e IOP-29.

RESULTADOS. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de simulación entre los distintos grupos. Las medias en ambos tests se situaron por debajo de los puntos de corte típicos.

CONCLUSIÓN. Las variables sociodemográficas analizadas no parecen influir de manera significativa en los resultados de los tests de simulación. No obstante, las limitaciones del estudio limitan la generalización.

Palabras clave: SIMS, IOP-29, simulación de síntomas, variables sociodemográficas, psicología forense.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CP	Código Penal
Ds	Gough Dissimulation Scale
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DT	Desviación típica
ET	Estatuto de los Trabajadores
Et al	Y otros autores
FDS	False Disorder Probability Score
IOP-29	Inventario de Problemas - 29
M-FAST	Prueba de Evaluación Forense de Síntomas de Miller
MMPI-2	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2
MMPI-2-RF	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada
PAI	Inventario de Evaluación de la Personalidad
SIMS	Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas
SIRS	Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
TOMM	Prueba de Simulación de Memoria
TSJ	Tribunal Superior de Justicia

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN TEMÁTICA	8
3. OBJETIVO	8
4. ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN	9
5. MARCO TEÓRICO	9
6. METODOLOGÍA	15
6.1. Participantes	15
6.2. Procedimiento	15
6.3. Instrumentos	16
6.3.1. Cuestionario sociodemográfico	16
6.3.2. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS; Smith y Burger, 1997)	17
6.3.3. Inventario de Problemas - 29 (IOP-29; Viglione, Giromini y Landis, 2017)	17
6.4. Análisis	17
7. RESULTADOS	17
8. DISCUSIÓN	21
8.1. Perfil sociodemográfico	21
8.2. Resultados de los instrumentos SIMS e IOP-29	22
9. CONCLUSIÓN	23
10. BIBLIOGRAFÍA	24

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la psicología clínica y forense, uno de los desafíos más complejos a los que se enfrentan los profesionales de la salud es la identificación y el manejo de la simulación de síntomas, también conocida por el término anglosajón *malingering*. Esta conducta representa un fenómeno con profundas implicaciones diagnósticas, legales y económicas, lo que convierte su estudio en una necesidad urgente en aquellos contextos donde la veracidad del testimonio pueda tener consecuencias determinantes para la vida de las personas, la administración de justicia y la distribución justa de recursos económicos y sanitarios.

Los contextos de aplicación del estudio de la simulación de síntomas son diversos y abarcan múltiples ámbitos en los que la evaluación psicológica cumple un papel determinante. En el ámbito forense, es clave para determinar aspectos como la responsabilidad penal o la competencia para declarar. En el terreno del peritaje médico y los seguros, identificar simulación resulta esencial para evitar fraudes en reclamaciones por incapacidad o daño psicológico. En el sistema penitenciario, algunos internos pueden fingir trastornos mentales para obtener beneficios como traslados o la suspensión de la condena por incapacidad. Por su parte, en el ámbito clínico general, ciertos pacientes pueden simular síntomas con fines como obtener medicación, evitar responsabilidades o justificar bajas laborales.

En todos estos contextos, el papel del profesional es complejo y requiere una formación especializada; la simulación no puede asumirse de manera arbitraria, sino que debe identificarse con base en criterios empíricos sólidos, evitando prejuicios y asegurando una evaluación justa. Por lo tanto, resulta fundamental establecer métodos fiables para su detección y estudiar las posibles particularidades o sesgos que determinados grupos demográficos pueden presentar durante la evaluación. En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo aportar datos estadísticos que permitan comprender mejor cómo ciertas características sociodemográficas influyen en los resultados de dos pruebas psicométricas de amplio uso, el SIMS y el IOP-29.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN TEMÁTICA

El motivo por el que he escogido este tema está en que se encuentra en un punto medio entre el ámbito de las relaciones laborales y los recursos humanos, en el que me he formado durante el grado; y el ámbito de la salud, por el cual también tengo un gran interés. Consideré que profundizar en esta cuestión sería una oportunidad para conectar mis estudios con mi interés personal por la salud, y así formarme en un área que une ambos campos.

En este sentido, valoro especialmente lo que ha supuesto trabajar en este TFG a nivel metodológico, puesto que me ha permitido familiarizarme con la búsqueda y el análisis de literatura científica especializada, algo que hasta ahora no había tenido la oportunidad de abordar con tanta profundidad. Utilizar diferentes buscadores de artículos, comparar enfoques teóricos y aprender a interpretar resultados de investigaciones empíricas ha sido una parte fundamental del proceso y, sin duda, uno de los aprendizajes más valiosos que me llevo de este trabajo.

3. OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es estudiar la posible influencia de variables sociodemográficas en las puntuaciones obtenidas en dos pruebas psicométricas diseñadas para la detección de simulación de síntomas, las cuales fueron aplicadas en una muestra de sujetos no clínicos. Las herramientas utilizadas son el *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)* y el *Inventario de Problemas - 29 (IOP-29)*.

Con esta investigación se pretende determinar si ciertos perfiles sociodemográficos tienden a puntuar sistemáticamente más alto o más bajo en las escalas de simulación, aportando así datos empíricos que puedan ser integrados en futuros metaanálisis destinados a clarificar la relación entre factores sociodemográficos y el posible sesgo que introducen en los resultados de estas pruebas.

Asimismo, el estudio incluye como objetivo descriptivo la caracterización sociodemográfica de la muestra, con el fin de contextualizar los resultados y establecer

un perfil de referencia sobre el cual se han aplicado los instrumentos. Esta caracterización incluye variables como el sexo, la edad, la nacionalidad, la lengua materna, el estado civil y la existencia de diagnósticos previos de trastornos mentales o neurológicos.

4. ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN

La mayoría de los metaanálisis disponibles en la actualidad no se centran específicamente en la relación entre variables sociodemográficas y la propensión a simular síntomas, sino que suelen enfocarse en la validez de los instrumentos diseñados para detectar dicha simulación. Por ejemplo, Puente-López et al. (2025) realizaron un metaanálisis sobre la tasa de fallos del SIMS en pacientes clínicos. Del mismo modo, Gancedo et al. (2020) llevaron a cabo una revisión meta-analítica de la escala Ds del MMPI-2, mientras que Detullio et al. (2019) evaluaron la eficacia del M-FAST con el mismo método. Sin embargo, ninguno de estos estudios analiza de manera principal cómo influyen los factores sociodemográficos en la tendencia a simular síntomas.

La disponibilidad de metaanálisis centrados en este aspecto sería altamente valiosa para la investigación clínica y forense; un metaanálisis riguroso aportaría evidencia consolidada sobre si ciertos perfiles sociodemográficos son efectivamente más proclives a simular síntomas o si, por el contrario, tales asociaciones carecen de respaldo empírico. Contar con metaanálisis sólidos en este tema reforzaría la base científica para la evaluación de la simulación en contextos aplicados, con implicaciones directas en la práctica diagnóstica.

5. MARCO TEÓRICO

La simulación de síntomas con el propósito de obtener beneficios, evitar responsabilidades o evadir castigos, es una práctica que ha sido documentada desde la antigüedad, con ejemplos registrados en la literatura griega, la Biblia y otras fuentes

históricas (Bass y Halligan, 2016). Aunque el concepto existe desde hace siglos, su descripción formal en el ámbito médico y forense es más bien reciente.

Según Walczyk et al. (2018), el término “malingering” se introdujo a mediados del siglo XX refiriéndose a soldados que fingían enfermedades para eludir el servicio militar. Sahoo et al. (2020) señalan que no fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando este término comenzó a cobrar popularidad en el ámbito del diagnóstico psiquiátrico, lo cual propició un incremento en la cantidad de estudios empíricamente validados sobre simulación. Por ejemplo, García Silgo (2019) menciona que a partir de la Segunda Guerra Mundial se hicieron “cientos de estudios con distintas pruebas diagnósticas para determinar la capacidad clasificatoria de sus escalas de detección”. En la segunda mitad del siglo XX se consolidaron conceptos clave de la simulación y se incorporaron criterios diagnósticos en manuales como el DSM-III, que distinguían la simulación de otras condiciones clínicas (Rogers, 2021).

En la actualidad, la simulación de síntomas se define convencionalmente como la representación intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos (American Psychiatric Association [APA], 2013). A pesar de la popularidad de esta definición, numerosos autores siguen estudiando formas de refinar los criterios para la detección de simulación (p. ej., Sherman et al., 2020), y es que el problema que plantean los criterios establecidos en el *DSM-5* es que apenas han sufrido modificaciones desde su primera aparición en el *DSM-3*, a pesar de que en las últimas décadas se ha producido un crecimiento exponencial en la literatura científica sobre la simulación, con contribuciones que han desarrollado marcos teóricos empíricamente validados que resultan ser más precisos (Berry y Nelson, 2010). Como referencia, Rogers y Shuman (2005) comprobaron que los criterios del *DSM-5* detectan con precisión solo un 13-20% de simuladores reales, a la vez que generan falsos positivos en un 80% de sujetos.

Desde una perspectiva clínica, el fenómeno de la simulación plantea numerosos desafíos diagnósticos. A diferencia de otros trastornos mentales, la simulación no constituye una psicopatología en sí misma, sino un estilo de conducta que puede

coexistir con otras afecciones genuinas o aparecer de forma aislada. Por ejemplo, en el *DSM-5* aparece en la categoría de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, con el código V65.2; y en el *CIE-11* aparece en la categoría de “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud”, con el código QC30.

También cabe destacar que la simulación se concibe como un espectro más que como un fenómeno dicotómico, de manera que podemos establecer “sospecha de simulación”, “ posible simulación”, “probable simulación” y “clara existencia de simulación” (Jáuregui Lobera, 2018). Esta visión dimensional también se refleja en la clasificación tipológica propuesta por Resnick y Knoll (2018), que distingue entre simulación pura, parcial y falsa imputación. En la simulación pura se inventan por completo síntomas inexistentes; en la parcial, los síntomas existen pero se exageran intencionalmente; y en la falsa imputación, aunque los síntomas son reales, se atribuyen de forma deliberadamente engañosa a una causa ficticia. Adicionalmente se ha descrito la metasimulación o perseveración, definida como la prolongación consciente de síntomas que ya habían remitido clínicamente (Marco Ribé et al., 1990).

Existen además fenómenos que presentan características similares a las de la simulación, y que por lo tanto se pueden llegar a confundir con esta. El caso más frecuentemente citado en la bibliografía es el del trastorno facticio. A diferencia de la simulación, en el trastorno facticio el paciente persigue una ganancia primaria de tipo psicológico al asumir el rol de enfermo (p. ej. atención médica, apoyo emocional, etc.); o dicho de otro modo, la motivación principal de fingir del paciente no responde a un incentivo externo, sino que es de naturaleza intrínseca (Bass y Wade, 2019). Otra diferencia fundamental es que el trastorno facticio sí se codifica como un trastorno mental, mientras que la simulación no figura como psicopatología, sino como estilo de conducta (APA, 2013). Por lo tanto, el profesional deberá estar muy atento durante la evaluación a los posibles motivos del fingimiento para así ser capaz de diferenciar entre estos dos fenómenos (Cassano y Grattagliano, 2019), sin perjuicio de que puedan llegar a presentarse simultáneamente (Bossó et al., 2022).

La sospecha de simulación surge al reunir varios elementos indicativos. Clásicamente se considera sospechoso que el caso ocurra en un contexto médico-legal

(p. ej. litigio, compensación laboral, dispensa militar), junto con discrepancias objetivas notables; las quejas referidas por el paciente son incongruentes o desproporcionadas respecto a los hallazgos clínicos. También se observa con frecuencia falta de cooperación en la evaluación o en el cumplimiento del tratamiento y, a menudo, rasgos de personalidad antisocial (APA, 2013).

Hay que tener en cuenta que estos indicadores son solo pistas y no deben tomarse como pruebas definitivas de simulación. La evaluación de la simulación requiere un enfoque multifacético que integre diversas fuentes de información, tales como: revisión del historial médico, entrevistas detalladas, observación del comportamiento durante la consulta, datos aportados por fuentes colaterales, pruebas psicológicas o neuropsicológicas validadas, tests de validez de síntomas y material audiovisual complementario (Bass y Wade, 2019). A través de este tipo de enfoque se busca reducir la probabilidad de errores en la clasificación del paciente, tanto al identificar erróneamente a personas enfermas como simuladores, como al no detectar casos reales de simulación.

La clasificación errónea de un paciente como simulador de síntomas (falso positivo) genera graves consecuencias clínicas y éticas. Svete et al. (2025) señalan que acusar de simulación a un paciente cuando no existe tal conducta constituye una injusticia, ya que compromete su credibilidad y puede conllevar la negación de tratamientos médicos o compensaciones a las que legítimamente tendría derecho. Esta estigmatización no solo afecta al paciente, sino que también expone a los profesionales clínicos a riesgos de demandas, de manera que estos a menudo evitan aplicar la etiqueta de simulador por temor a implicaciones legales (Sahoo et al., 2020).

Por su parte, la omisión de un simulador verdadero (falso negativo) también acarrea perjuicios clínicos y económicos. Taylor et al. (2017) advierten que no detectar a un paciente que efectivamente finge o exagera síntomas puede conducir a daño iatrogénico, pues el paciente recibe pruebas y tratamientos innecesarios. Además, también puede conllevar costes económicos significativos; Svete et al. (2025) destacaron que la estimación en EE.UU. de las pensiones de discapacidad pagadas a reclamantes que fingían síntomas representaron cerca de 20 mil millones de dólares en 2011.

Por consiguiente, vemos la importancia de acompañar el juicio clínico con métodos objetivos, pues en ausencia de estos, la determinación de inconsistencias necesariamente deberá ser cautelosa y conservadora (Bianchini et al., 2005). Por ello, la aproximación recomendable implica el uso de una estrategia multimétodo, que combine distintas pruebas psicométricas para mejorar la precisión diagnóstica (Sherman et al., 2020). Además, es importante mencionar que la efectividad de estas herramientas depende de su adaptación al contexto cultural y poblacional donde se aplican. En el caso de España se han logrado implementar con éxito versiones locales de pruebas internacionales: por ejemplo, García-Silgo (2019) demostró en una muestra de militares españoles que las adaptaciones del MMPI-2-RF, PAI y SIMS lograron diferenciar correctamente a sujetos que simulaban psicopatologías de los participantes del grupo de control.

Walczuk et al. (2018) destacan los siguientes como algunos de los instrumentos más utilizados a nivel internacional: el MMPI-2, que permite evaluar la personalidad y la psicopatología; el TOMM que identifica simulación de déficits de memoria; el SIRS, que evalúa la simulación de síntomas psiquiátricos; o el SIMS, que señala la posible simulación de síntomas psicológicos o neurológicos. Conviene mencionar también al IOP-29, el cual ha ido ganando reconocimiento en los últimos años como una herramienta breve, fácil de administrar y científicamente respaldada para detectar simulación o exageración de síntomas (Viglione et al., 2017).

En cuanto a la prevalencia de la simulación, se observa que esta varía considerablemente según el contexto clínico y la muestra estudiada, lo que hace difícil fijar una cifra única. Estudios empíricos de diversa índole han hallado rangos muy amplios: desde menos del 10 % en poblaciones médicas sin incentivos externos; hasta el 40 % en evaluaciones de lesiones y discapacidad; hasta el 60 % en solicitantes de seguridad social; hasta el 50 % o más en entornos de justicia penal, penitenciarios y militares; hasta el 50 % en clínicas del dolor; y hasta el 50 % en entornos universitarios donde se evalúa el TDAH (Sherman et al., 2020). Otros trabajos reportan que la simulación aumenta conforme lo hace el incentivo económico: en casos judiciales como evaluaciones de aptitud para juicio o defensa por enajenación mental, las tasas varían entre el 8% y el 21%, llegando al 38% en delitos graves como homicidio o robo

(Svete et al., 2025). Una revisión de Young (2015) indicaba que el fenómeno es difícil de cuantificar con exactitud, pero propuso una prevalencia combinada del orden del 15% en estudios clínicos, forenses y de discapacidad.

Los datos provenientes de estudios españoles muestran tendencias similares a las internacionales. Puente-López et al. (2023) realizaron una encuesta amplia ($n = 1003$) a población general, estudiantes y profesionales de medicina y psicología forense, encontrando que aproximadamente dos tercios de los encuestados conocían a alguien que había fingido síntomas y un tercio admitió haberlo hecho. Además, los médicos y psicólogos forenses estimaron que entre el 20% y el 40% de los casos en su práctica contaban con presentaciones clínicas no creíbles. Entre los síntomas más frecuentemente simulados sobresalieron el dolor de cabeza, el dolor de cuello y los síntomas ansioso-depresivos.

En el caso de la simulación relacionada con problemas de salud mental, nos encontramos con el problema de que los trastornos psiquiátricos carecen a menudo de marcadores objetivos definitivos y sus síntomas (ánimo bajo, ansiedad, problemas de sueño, etc.) pueden fingirse relativamente fácil. Monaro et al. (2018) señalan que la depresión es uno de los trastornos mentales que más frecuentemente y con mayor facilidad se finge en la práctica forense. Además, la depresión suele generar bajas laborales más largas que varias enfermedades orgánicas, tales como el dolor de espalda o la hipertensión.

En la práctica clínica laboral, la obtención de una baja por razones psiquiátricas se ha vuelto cada vez más frecuente. En la encuesta de Puente-López et al. (2023), el motivo más citado para fingir síntomas fue precisamente la obtención de una baja laboral, reportado por el 36,3 % de los participantes. Paralelamente, los datos oficiales muestran un aumento sostenido en el número total de incapacidades laborales asociadas a trastornos mentales. Desde 2016 hasta la actualidad, la evolución de estas situaciones no ha dejado de crecer, siendo el total de casos de 283.114 en 2016 y de 603.521 en 2023 (Unión General de Trabajadores, 2024).

En España, la simulación de una incapacidad para la obtención de una baja laboral puede tener consecuencias legales severas. El Código Penal tipifica como delito el fraude en la obtención de prestaciones sociales (art. 307 ter, CP), con penas que

pueden ir desde multas hasta prisión de seis meses a tres años según la cuantía defraudada. Además, el Estatuto de los Trabajadores califica la simulación de incapacidad como incumplimiento contractual, el cual puede llegar a legitimar el despido disciplinario del trabajador (art. 54.2.d, ET). De hecho, la jurisprudencia reciente confirma despidos procedentes en casos probados de simulación: por ejemplo, el TSJ de Andalucía ratificó el despido de un empleado tras demostrarse que realizaba tareas laborales durante el periodo de su baja, lo que fue interpretado como una transgresión de la buena fe contractual (ECLI:ES:TSJAND:2024:1640).

6. METODOLOGÍA

El presente estudio se ha llevado a cabo desde una perspectiva cuantitativa, centrada en el análisis numérico de datos obtenidos mediante cuestionarios estructurados. El objetivo principal fue analizar las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de detección de simulación de síntomas SIMS e IOP-29 en una muestra no clínica y determinar si existe alguna variable que condicione la interpretación de los resultados por su efecto en los mismos. Además, se examinó de manera específica la posible influencia de la variable “sexo” en los resultados de los tests.

6.1. Participantes

Un total de 61 trabajadores participaron en la encuesta, de entre los cuales 35 fueron hombres (57,4 %), 25 mujeres (41 %) y 1 no binario (1,6 %). La edad media de la muestra fue de 49 años (DT = 14,8) y el rango de 26 a 68 años. Todos los participantes residían en España.

6.2. Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta en línea, la cual incluía preguntas sociodemográficas junto con la aplicación de los dos instrumentos psicométricos. La encuesta fue creada utilizando la plataforma *Google Forms*, la cual permitía el acceso desde dispositivos móviles y ordenadores, facilitando así la participación remota de los encuestados.

La difusión del cuestionario se realizó principalmente a través de *WhatsApp*. Inicialmente, el enlace fue enviado a familiares y amigos, quienes fueron informados sobre la finalidad del estudio y la voluntariedad de su participación. A estos primeros contactos también se les solicitó que compartieran el cuestionario con personas de su entorno y que, a su vez, incentivarán su difusión, generando así un efecto de bola de nieve. Adicionalmente, aunque en menor medida, se contactó con distintas empresas mediante correo electrónico. Este método permitió captar participantes de diferentes edades, regiones y perfiles profesionales, aunque sin control sistemático sobre la composición final de la muestra.

La participación fue completamente anónima y voluntaria. Antes de iniciar el cuestionario, se presentaba un breve texto informativo que explicaba el propósito del estudio, garantizaba la confidencialidad de los datos, y solicitaba el consentimiento informado. Solo quienes aceptaban continuar podían acceder al resto del cuestionario.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de Zaragoza. No se ofrecieron incentivos por participar y no se aplicaron criterios de exclusión más allá del acceso voluntario al formulario. Los participantes fueron informados de que, si lo deseaban, podrían aportar su correo electrónico para recibir un informe con los hallazgos de la investigación.

6.3. Instrumentos

Para la recogida de datos se emplearon tres secciones diferenciadas en el cuestionario: una primera parte de preguntas sociodemográficas, y dos instrumentos psicométricos orientados a la detección de simulación de síntomas: el *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas* (SIMS) y el *Inventario de Problemas - 29* (IOP-29).

6.3.1. Cuestionario sociodemográfico

Esta sección fue diseñada con el objetivo de recoger información básica sobre los participantes. Incluyó variables como el sexo, la edad, la nacionalidad, la lengua materna, el estado civil y la existencia de diagnósticos previos de trastornos mentales o neurológicos.

6.3.2. *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS; Smith y Burger, 1997)*

El SIMS es una prueba de autoinforme diseñada para detectar simulación en contextos clínicos y forenses. Consta de 75 ítems con formato de respuesta verdadero/falso que evalúan la simulación de síntomas neurológicos y psiquiátricos. Los ítems se agrupan en cinco subescalas: Psicosis, Deterioro Neurológico, Trastornos Amnésicos, Baja Inteligencia y Trastornos Afectivos. Estas proporcionan información sobre el área específica en la que se detecta la simulación. No obstante, en el presente estudio únicamente se consideró la puntuación total del instrumento, sin analizar los resultados por subescalas.

6.3.3. *Inventario de Problemas - 29 (IOP-29; Viglione, Giromini y Landis, 2017)*

El IOP-29 es una prueba de autoinforme que consta de 29 ítems y que evalúa la credibilidad de presentaciones de síntomas relacionados con diversos trastornos neurológicos y psiquiátricos. A partir de las respuestas se calcula una puntuación conocida como *False Disorder Probability Score* (FDS), que representa la probabilidad de que la persona esté simulando síntomas. No obstante, en este estudio se calcularon los resultados en base al número total de respuestas afirmativas, ya que no se contó con acceso al software especializado requerido para el análisis estándar.

6.4. Análisis

Para el análisis de los datos se empleó el programa *Google Sheets*. En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar y frecuencia) de las variables sociodemográficas y de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos. Posteriormente, se analizaron las diferencias entre grupos según el sexo.

7. RESULTADOS

Tabla 1.

Variables sociodemográficas

Grupo	N	Porcentaje (de la

muestra (total)		
Sexo	61	-
Hombre	35	57,4%
Mujer	25	41%
No binario	1	1,6%
Edad	61	-
de 18 a 35	11	18%
de 36 a 55	33	54,1%
56 o más	17	27,9%
Nacionalidad	61	-
Española	52	85,3%
Rumana	4	6,6%
Argentina	2	3,3%
Ecuatoriana	1	1,6%
Colombiana	1	1,6%
Costarricense	1	1,6%
Lengua materna	61	-
Español	55	90,2%
Rumano	4	6,6%
Catalán	1	1,6%

Gallego	1	1,6%
Estado civil	61	-
Casado	43	70,5%
Soltero	14	23%
Divorciado	3	4,9%
Viudo	1	1,6%
Trastorno mental o neurológico diagnosticado	61	-
Sí	1	1,6%
No	60	98,4%

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los 61 participantes de la encuesta. La composición de la muestra según el sexo indica una predominancia de participantes masculinos (57,4%), seguida por una proporción menor de mujeres (41%) y una representación marginal de personas no binarias (1,6%). En cuanto a la edad, la mayoría de los participantes tienen entre 36 y 55 años (54,1%), seguidos de los mayores de 56 (27,9%) y los que tienen entre 18 y 35 años (18%).

Respecto a la nacionalidad, la más representativa fue la española (85,3%), seguida por la rumana (6,6%), la argentina (3,3%), la ecuatoriana (1,6%), la colombiana (1,6%) y la costarricense (1,6%). Por su parte, la lengua materna sigue la misma tendencia: español (90,2%), rumano (6,6%), catalán (1,6%) y gallego (1,6%).

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de participantes están casados (70,5%), seguidos por los solteros (23%), los divorciados (4,9%) y los viudos (1,6%).

Solo 1 encuestado (1.6%) reportó tener un trastorno mental o neurológico diagnosticado.

En conjunto, la tabla revela que la muestra es mayoritariamente masculina, adulta, española, casada y sin antecedentes clínicos reportados.

Tabla 2.
Puntuaciones de los tests

Test	N	Media	Desviación estándar
SIMS	61	13,1	4,7
Hombres	35	13,1	4,4
Mujeres	25	13,3	6,1
No binario	1	9	-
IOP-29	61	8,9	2,7
Hombres	35	8,3	2,4
Mujeres	25	9,6	2,8
No binario	1	9	-

La Tabla 2 recoge las medias y desviaciones estándar obtenidas en los dos instrumentos. Ambos tests fueron administrados a los 61 participantes y sus resultados se presentan diferenciados por sexo.

En el test SIMS, la media general fue de 13,1 con una desviación estándar de 4,7. Por sexo, los hombres obtuvieron una media de 13,1 (DT = 4,4), las mujeres una media de 13,3 (DT = 6,1) y la persona no binaria una puntuación de 9.

En el test IOP-29, la media general fue de 8,9 con una desviación estándar de 2,7. Por sexo, los hombres presentaron una media de 8,3 (DT = 2,4), las mujeres de 9,6 (DT = 2,8) y la persona no binaria una puntuación de 9.

8. DISCUSIÓN

A continuación se procederá a valorar los resultados obtenidos en la encuesta, los cuales proporcionan una visión integral del perfil sociodemográfico de los participantes y su desempeño en el SIMS y en el IOP-29. Esto servirá de base para las conclusiones finales.

8.1. Perfil sociodemográfico

En esta muestra las puntuaciones medias entre hombres y mujeres fueron similares, en línea con estudios previos que tampoco han identificado diferencias significativas por sexo en la evaluación de simulación (p. ej. Nesbit-Bartsch et al., 2021; Sverte et al., 2025; Jáuregui Lobera, 2018), aunque habría que considerar que el tamaño muestral de mujeres y, especialmente, de las personas no binarias, no permite generalizaciones robustas.

La composición de la muestra analizada revela una mayoría de personas adultas y de edad avanzada. Esta madurez podría traducirse en una forma más cuidadosa de responder a los cuestionarios, aunque no necesariamente implica mayor veracidad. De hecho, estudios recientes en contextos forenses han mostrado que la edad influye en las puntuaciones de tests de validez de síntomas como el SIMS, donde los participantes de mayor edad tendieron a obtener puntuaciones más altas, indicando una mayor propensión a simular síntomas (p. ej. Silva et al., 2023).

La nacionalidad y la lengua materna de los participantes reflejan un contexto marcadamente español, con un 85,3% de participantes nacidos en España y un 90,2% de hablantes nativos de español. Esta homogeneidad cultural y de idioma puede interpretarse como una ventaja metodológica, al minimizar el riesgo de sesgos derivados de barreras lingüísticas o diferencias culturales en la interpretación de los

ítems de los instrumentos utilizados. Sin embargo, también limita la posibilidad de realizar análisis comparativos entre culturas.

El estado civil, por su parte, es una variable que se introdujo únicamente para dar contexto a la muestra, pues se trata de un factor demográfico secundario cuya correlación con la tendencia a simular no ha sido un foco principal en la investigación científica.

Una variable clave es la presencia de diagnóstico previo de trastornos mentales o neurológicos, pudiendo esta influir sustancialmente en las respuestas, ya que personas con diagnósticos clínicos pueden puntuar alto en escalas de simulación sin que ello implique necesariamente fingimiento consciente (Walczk et al., 2018). No obstante, esta condición fue reportada únicamente por un participante, por lo que no se consideró pertinente realizar un análisis específico.

8.2. Resultados de los instrumentos SIMS e IOP-29

El SIMS arrojó una media de 13,1 puntos en la muestra total, con una desviación estándar de 4,7. Esta puntuación se encuentra por debajo del punto de corte estándar de 16 puntos, lo que indicaría una baja probabilidad de simulación en la muestra. Hombres y mujeres obtuvieron medias muy similares, aunque la desviación estándar fue algo mayor en el grupo femenino, lo que sugiere mayor variabilidad en sus respuestas. El participante no binario obtuvo una puntuación de 9, inferior a la media general, aunque no se puede realizar inferencia estadística con un solo caso.

Por otro lado, el IOP-29 muestra una media de 8,9 puntos, con una desviación estándar de 2,7. Este instrumento tiene una escala diferente y se interpreta mediante el FDS, por lo que para un análisis más riguroso sería necesario convertir estas puntuaciones. Sin embargo, los valores observados también sugieren ausencia de simulación; la media se encuentra por debajo del punto de corte estándar de 10 puntos. En este caso, se observa una ligera diferencia entre géneros: los hombres presentan una media inferior (8,3) que las mujeres (9,6), lo cual podría ser indicativo de una tendencia ligeramente mayor a simular síntomas en el grupo femenino, aunque, nuevamente, estas diferencias no parecen alcanzar valores relevantes. El participante no binario obtuvo una puntuación de 9, cercana a la media en este caso.

9. CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio están en línea con los hallazgos reportados en la literatura, los cuales no evidencian diferencias sustanciales en función del sexo.

Por su parte, la relativa homogeneidad de la muestra pudo haber contribuido a la uniformidad observada en los resultados, pues la desviación típica obtenida fue baja. En ese sentido, los hallazgos respaldan la idea de que, al menos en contextos no clínicos y en muestras culturalmente homogéneas, las variables sociodemográficas analizadas no sesgan la interpretación de estas pruebas.

Aunque el presente estudio aporta información descriptiva útil sobre la aplicación del SIMS y del IOP-29, los resultados no reúnen las condiciones necesarias para ser considerados válidos en el contexto de un metaanálisis. El uso de una muestra reducida y reclutada por conveniencia, así como la falta de pruebas estadísticas inferenciales, limitan considerablemente la generalización de los hallazgos. A esto se suma la limitación específica relacionada con el tratamiento del IOP-29; en lugar de utilizar el FDS, se analizaron únicamente las puntuaciones brutas, lo cual impide establecer comparaciones válidas con estudios que sí hayan aplicado el sistema de puntuación original.

Como línea futura de investigación, sería recomendable replicar el estudio con una muestra más amplia y heterogénea, incluyendo participantes de diversos contextos clínicos y sociodemográficos. También sería interesante explorar la influencia de otras variables como el nivel educativo o el nivel de ingresos económicos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bass, C. y Halligan, P. (2016). Factitious disorders and malingering in relation to functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 509-520. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00042-4>
- Bass, C. y Wade, D. T. (2019). Malingering and factitious disorder. *Practical Neurology*, 19(2), 96-105. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001950>
- Berry, D. T. y Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological injury and Law*, 3, 295-303. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12207-010-9087-7>
- Bianchini, K. J., Greve, K. W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5(4), 404-417. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2004.11.016>
- Bosso, T., Vischia, F., Keller, R., Vai, D., Imperiale, D. y Vercelli, A. (2022). A case report and literature review of cognitive malingering and psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 981475. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981475>
- Cassano, A. y Grattagliano, I. (2019). Lying in the medicolegal field: Malingering and psychodiagnostic assessment. *La Clinica Terapeutica*, 170(2), e134-e141. <https://doi.org/10.7417/ct.2019.2123>
- Detullio, D., Messer, S.C., Kennedy, T.D. y Millen, D.H. (2019). A meta-analysis of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Psychological Assessment*, 31(11), 1319. <https://doi.org/10.1037/pas0000753>
- Gancedo, Y., Selaya, A. y Arce, R. (2020). *Psicología jurídica y forense: Investigación para la práctica profesional*. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense. <https://hdl.handle.net/10347/30598>

García Silgo, M. (2019). Detección de simulación de trastorno mental mediante el MMPI-2-RF, el PAI y el SIMS: Estudio de análogos en una muestra militar. *Sanidad Militar*, 75(4), 203-213.

<https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712019000400004>

Jáuregui Lobera, I. (2018). Análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal (Baja Laboral). *JONNPR*, 3(1), 15-39.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.1965>

Marcó Ribé, J., Pons, R. y Martí-Tusquets, J. L. (1990). *Psiquiatría forense*. Salvat.

Monaro, M., Toncini, A., Ferracuti, S., Tessari, G., Vaccaro, M. G., De Fazio, P., Pigato, G., Meneghel, T., Scarpazza, C. y Sartori, G. (2018). The detection of malingering: a new tool to identify made-up depression. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 249.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00249>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/es>

Puente-López, E., Pina, D., López-López, R., Ordi, H. G., Bošković, I. y Merten, T. (2023). Prevalence estimates of symptom feigning and malingering in Spain. *Psychological Injury and Law*, 16(1), 1-17.

<https://doi.org/10.1007/s12207-022-09458-w>

Puente-López, E., Pina, D., Dandachi-FitzGerald, B., Giromini, L., López-Nicolás, R., Nieto-Cañaveras, M. D. y Merten, T. (2025). Prevalence of Symptom Overreporting in the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in Clinical Patients: A Meta-Analysis. *Psicothema*, 37(2), 74-85.

<https://doi.org/10.70478/psicothema.2025.37.18>

Resnick P. J. y Knoll J. L. (2018). Malingered psychosis. En Rogers R. y Bender S. D. (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4th ed., pp. 98-121). Guilford Press.

- Rogers, R. y Shuman, D.W. (2005). Malingering and Deception in Criminal Evaluations. En Springer, Boston, MA. *Fundamentals of Forensic Practice: mental health and criminal law*, 21-55. https://doi.org/10.1007/0-387-25227-4_2
- Rogers, R. (2021). Professional Pitfalls in Malingering Determinations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(3), 296-299. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.210073-21>
- Sahoo, S., Kumar, R. y Oomer, F. (2020). Concepts and controversies of malingering: A re-look. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 101952. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101952>
- Sherman, E. M., Slick, D. J. y Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735-764. <https://doi.org/10.1093/arclin/acaa019>
- Smith, G. P. y Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(2), 183–189.
- Svete, L. J., Tindell, W. W., McLouth, C. J. y Allen, T. S. (2025). A Retrospective Analysis of Rates of Malingering in a Forensic Psychiatry Practice. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 53(1), 26-34. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.240083-24>
- Taylor, J. B., Beach, S. R. y Kontos, N. (2017). The therapeutic discharge: an approach to dealing with deceptive patients. *General Hospital Psychiatry*, 46, 74-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.03.010>
- Unión General de Trabajadores. (2024). *Informe: Salud mental y trabajo 2024*. https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf

Viglione, D. J., Giromini, L. y Landis, P. (2017). The development of the Inventory of Problems-29: A brief self-administered measure for discriminating bona fide from feigned psychiatric and cognitive complaints. *Journal of Personality Assessment*, 99(5), 534-544. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1233882>

Walczyk, J. J., Sewell, N. y DiBenedetto, M. B. (2018). A review of approaches to detecting malingering in forensic contexts and promising cognitive load-inducing lie detection techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 700. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00700>

Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence 15±15%. *Psychological Injury and Law*, 8, 188-199. <https://doi.org/10.1007/s12207-015-9232-4>