



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Utilidad de los inventarios SCL-90-R y SIMS en la detección de simulación de trastornos mentales en el entorno laboral

**Ulises Ezequiel Loskin**

*Médico especialista en Psiquiatría  
Psiquiatra Policía del Chubut  
Miembro del Instituto de Neurociencias Patagónico (INPAT)  
E-mail: dr.loskin@gmail.com*

**Matías Salvador Bertone**

*Neuropsicólogo. Dr. en Neurociencias  
Director académico del Buró Internacional de  
Neurociencia Cognitiva Aplicada (BINCA)*

**Joaquín López Regueira**

*Médico Psiquiatra  
Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)  
Ministerio de Justicia y DD.HH.*

---

## Resumen

Los trastornos mentales son causa común de baja laboral. Esta situación provoca una disminución de la productividad junto con una elevación de los costes y puede derivar en otros conflictos que repercutan negativamente en el clima laboral. El objeto de esta investigación fue describir una serie de 89 casos sujetos a evaluación psiquiátrica por encontrarse usufructuando licencia médica psiquiátrica y/o psicológica, y poner a prueba la validez convergente de las escalas "Total de Síntomas Positivos" (PST) e "Índice de Malestar Positivo" (PSDI) del Inventario de Síntomas SCL-90-R, con el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). Tomando como punto de corte un puntaje superior a 16 puntos en el inventario SIMS se exploró si las escalas PST y PSDI del inventario SCL-90-R presentaban medias diferentes entre los "Probables simuladores" y los "No simuladores". Sobre el total de los casos evaluados se objetivaron 66 casos de probable simulación de trastornos mentales, siendo las medias halladas, diferentes (77,02 para el caso de PST y 2,71 para PSDI). Las pruebas de correlación estadística permitieron objetivar validez convergente y significación estadística entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI (0,617) en relación a PST (0,413) Rho de Spearman.

Los resultados obtenidos permiten sostener la utilidad de ambos instrumentos para evaluar simulación de trastornos mentales en sujetos que se encuentran usufructuando licencia por enfermedad secundaria a algún trastorno mental.

**Palabras clave:** Escala de síntomas - Simulación de trastornos mentales - Evaluación psiquiátrica laboral - SIMS.

**Abstract**

Mental illness is a common cause of work leave. This situation has a negative impact on labor productivity and costs, and may contribute to conflicts affecting workplace environment. The purpose of this investigation is to describe the evaluation results of a total of 89 cases on sick leave for psychological and psychiatric reasons, and to test the convergent validity of scales in the "Positive Symptom Total" (PST) and Positive Symptom Distress" (PSDI) of the Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) by means of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS).

Taking a score higher than 16 in the SIMS as the cut-off point, the analysis focused on whether PST and PSDI scales presented differences in average between malingers and non-malingers. From the total number of cases, 66 were found to be likely cases of malingered mental illness, with different averages in PST (77.02) and PSDI (2.71). Statistical correlation tests allowed to objectify convergent validity and statistical significance between the PSDI and PST scales of the inventory SCL-90-R and the SIMS inventory, with a higher average in PSDI scale (0.617) as compared with PST scale (0.413) in Spearman's rho. The results of the investigation confirm the usefulness of both instruments for the assessment of mental illness malingering in employers on sick leave due to mental disorders.

**Keywords:** Symptoms scale - Mental illness malingering - Workplace psychiatric evaluation - SIMS - SCL-90-R.

**Introducción**

Los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad (1), de baja laboral y de gasto al sistema sanitario público (2). Su diagnóstico preciso, por lo tanto, es indispensable, no sólo a los efectos terapéuticos sino, también, a los efectos administrativos y de justicia en el ámbito laboral y previsional.-

La precisión diagnóstica está desafiada por varias razones, entre las que se destacan la presentación sintomática fingida y las imperfecciones del método diagnóstico.

Diversos estudios han demostrado que un gran número de trastornos psicopatológicos pueden ser fingidos y simulados, incluidos la depresión mayor, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada (3, 4, 5). La prevalencia de la simulación de trastorno de estrés postraumático ha sido estimada entre el 20 a 30 % en veteranos de guerra que buscan compensaciones económicas por su enfermedad (6) y hasta en el 50% en otras muestras (7, 8). Otros trastornos como la depresión (9, 10), los trastornos por dolor o somatizaciones (11) suelen reportarse en situaciones donde el empleado busca obtener alguna compensación económica por daños. Por su parte, la vulnerabilidad de las pruebas utilizadas para medir y objetivar el fingimiento o la exageración de síntomas, ha sido documentada en diversos estudios (12, 13). Al respecto, si bien siguen siendo escasos los recursos, métodos y protocolos estandarizados para detectar la simulación y validez de los síntomas en los trastornos emocionales y afectivos cabe destacar que algunos estudios avanzaron en el camino del conocimiento de esta problemática (14, 15, 16, 17).

A nivel local, en Argentina, se cuenta con un estudio realizado por investigadores de la Universidad Nacional de La Plata, en docentes de la Provincia de Buenos Aires que se encontraban de licencia médica por padecer algún trastorno psiquiátrico y que evidenció la complejidad y dificultades que se presentan a la hora de realizar este tipo de evaluaciones (18).

Entre la variedad instrumentos existentes para detectar simulación, el Inventario Estructurado de Simulación

de Síntomas (SIMS, del inglés Structured Inventory of Malingered Symptomatology) ha mostrado su utilidad para la detección de fingimiento de enfermedad mental ya que indaga específicamente sobre alteraciones que normalmente son causa de justificación para el reposo laboral (19). Si bien no existen estudios que hayan validado el uso del inventario SIMS en la población argentina, existe una versión traducida al español y validada en la población española (20).

Por otro lado el inventario SCL-90-R (21) y en particular sus escalas de validez aportan datos que podrían utilizarse para detectar probables simuladores de trastornos mentales. En Argentina el inventario SCL-90-R fue validado y se obtuvieron los datos normativos para la interpretación de los resultados aplicables a la población local (22).

Teniendo en cuenta el escaso número de investigaciones locales sobre simulación de trastornos mentales en el ámbito laboral y que los inventarios SCL-90-R y SIMS podrían ser de utilidad para detectar el fingimiento, se realizó el presente estudio para describir una serie de casos evaluados sistemáticamente con tales instrumentos y poner a prueba su validez convergente.

**Método**

El estudio tuvo un diseño descriptivo de serie de casos e instrumental a los efectos de poner a prueba la validez convergente de dos instrumentos.

**Población de estudio**

La serie de casos estuvo conformada por 89 sujetos evaluados consecutivamente en las ciudades de Capital Federal, Gran Buenos Aires, Trelew y Rawson durante el período agosto - noviembre del año 2015. Las evaluaciones se realizaron en el contexto de evaluaciones medico laborales en diferentes instituciones públicas y privadas, bajo el requerimiento de contralor, acorde a lo establecido en la ley de contratos de trabajo (Ley Nº 20.744).

## Procedimiento e instrumentos

Las evaluaciones se llevaron a cabo por profesionales médicos psiquiatras, psicólogos y neuropsicólogos con experiencia en evaluaciones neurocognitivas y laborales. Todas las personas incluidas en el estudio fueron evaluadas mediante el empleo de los inventarios SIMS (20) y SCL-90-R (21).

El inventario SIMS contiene una lista de 75 síntomas inverosímiles o declaraciones que han de ser contestadas como verdadero o falso. En el estudio aquí presentado fueron utilizadas cinco escalas del inventario: síntomas psicóticos (SIMSPs), deterioro neurológico (SIMSDn), amnesia (SIMSAm), coeficiente intelectual (SIMSCi) y afectividad (SIMSAf) (20).

El SCL-90-R valora la presencia de 90 síntomas y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total 0 hasta la máxima intensidad 4. Cuenta con 3 niveles de información diferenciados: 3 índices globales, 9 dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y 1 nivel de síntomas discretos (21).

## Estadísticas

Además de las descripciones con medidas de tendencia central y dispersión, se calculó la correlación no paramétrica -Rho de Spearman- entre dos escalas correspondientes a los índices globales, específicamente el Total de Síntomas Positivos (PST; del original en inglés Positive Symptoms Total) y el Índice de Malestar Positivo (PSDI; del original en inglés Positive Symptoms Distress) del inventario SCL-90-R, con los resultados obtenidos en el inventario SIMS.

## Consideraciones éticas

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Del mismo modo, declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio. Este trabajo ha sido revisado y aprobado por un Comité de Ética Independiente (C.E.I) del centro de estudios en Neurociencia Cognitiva Aplicada SERES.

## Resultados

La población en estudio estuvo conformada por 89 sujetos, 38 masculinos (42,7%) y 51 (57,3%) femeninos, de entre 22 y 54 años de edad ( $\bar{X}$ =34,74). Setenta y cuatro (83,1%) eran trabajadores del ámbito privado y 15 (16,9%) del ámbito público; todos empleados con una antigüedad de entre 1 y 28 años ( $\bar{X}$ =9,24), que se encontraban usufructuando licencia médica laboral de entre 0 y 12 meses ( $\bar{X}$ =2,30).

En cuanto a los diagnósticos de los certificados presentados, con el fin de facilitar su análisis estos fueron agrupados en cuatro grupos diferentes acorde a las clasificaciones internacionales del CIE-10 OMS: 1) F40 a F49 CIE-10 OMS, donde se incluyeron los trastornos de ansiedad y/o asociados; 2) F30 a F39 CIE-10 OMS, trastornos afectivos y del humor. 3) F10 a F19 CIE-10 OMS, trastornos asociados al consumo y 4) Otros, donde se incluyeron otra clase de diagnósticos expresados. La distribución se exhibe en Tabla 1.

**Tabla 1.** Características demográficas laborales y clínicas de la población en estudio

		N	%
<b>Edad</b>	<20	0	0
	20-30	30	33,7
	31-40	40	44,9
	41-50	17	19,1
	>50	2	2,2
<b>Sexo</b>	Hombre	38	42,7
	Mujer	51	57,3
	Total	89	100
<b>Empleador</b>	Privado	74	83,1
	Público	15	16,9
	Total	89	100
<b>Antigüedad en el trabajo (en años)</b>	<1	0	0
	1 a 5	28	31,4
	6 a 10	34	38,2
	11 a 20	23	25,8
	>20	4	4,49
<b>Duración de la licencia (en meses)</b>	<1	21	23,5
	1 a 4	52	58,4
	5 a 8	15	16,8
	9 a 12	1	1,1
	>12	0	0
<b>Diagnóstico del certificado</b>	1) F40 – F49 CIE-10 OMS	63	70,8
	2) F30 – F39 CIE-10 OMS	21	23,6
	3) F10 – F19 CIE-10 OMS	3	3,4
	4) Otros	2	2,2
	Total	89	10

**Nota:** 1) F40 a F49 CIE-10 OMS, donde se incluyeron los trastornos de ansiedad y/o asociados; 2) F30 a F39 CIE-10 OMS, trastornos afectivos y del humor. 3) F10 a F19 CIE-10 OMS, trastornos asociados al consumo y 4) Otros, donde se incluyeron otra clase de diagnósticos expresados.

Las pruebas de correlación estadística permitieron objetivar la existencia de validez convergente y significación estadística entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI ( $r=0,617$ ) en relación a PST ( $r=0,413$ ).

Las correlaciones mayores se verificaron entre las escalas SIMSA<sub>m</sub> y SIMSA<sub>f</sub> del inventario SIMS con la escala PSDI del inventario SCL-90-R y entre las escalas SIMSPs y SIMSD<sub>n</sub> con la escala PST (Tabla 2).

**Tabla 2.** Correlación de las escalas PST y PSDI del Inventario SCL-90-R con las sub escalas del Inventario SIMS

	SCL-90-R (PST) <sup>a</sup>	SCL-90-R (PSDI) <sup>b</sup>
	<i>r</i>	<i>r</i>
SIMS Total	0,413**	0,617**
SIMS Amnesia (SIMSA <sub>m</sub> )	0,291**	0,581**
SIMS Afectividad (SIMSA <sub>f</sub> )	0,364**	0,564**
SIMS Deterioro Neurológico (SIMSD <sub>n</sub> )	0,397**	0,485**
SIMS Síntomas Psicóticos (SIMSPs)	0,407**	0,456**
SIMS Cociente Intelectual (SIMSCi)	0,137	0,302**

**Nota:** *r* = Rho de Spearman; \*\*: La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); PST: Total de Síntomas Positivos; PSDI: Índice de Malestar Positivo.

Tomando como punto de corte un puntaje superior a 16 puntos en el inventario SIMS se exploró si las escalas PST y PSDI del inventario SCL-90-R presentaban medias diferentes, entre los "Probables simuladores y los "no simuladores". Los resultados permitieron identificar 66 casos de probables simuladores sobre el total de 89 casos estudiados. Siendo las medias halladas diferentes (77,02 para el caso de PST y 2,71 para PSDI) (Tabla 3), se contrastaron las medias de las escalas PST y PSDI en los grupos "No simulador" y "Probable simulador" encontrándose diferencias con significación estadística (U de Mann-Whitney 499;  $p = .01$  y 237;  $p < .001$  respectivamente).

**Tabla 3.** Puntuaciones del Inventario SCL-90-R en no simuladores y probables simuladores

	PST simulador >16	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PST <sup>a</sup>	No simulador	23	54,78	29,945	6,244
	Probable simulador	66	77,02	13,877	1,708
PSDI <sup>b</sup>	No simulador	23	1,86	0,645	0,135
	Probable simulador	66	2,71	0,507	0,06

**Nota:** PST: Total de Síntomas Positivos; PSDI: Índice de Malestar Positivo.

El conjunto de la evaluación semiológica y la aplicación de los instrumentos descriptos anteriormente, permitió arribar a los motivos reales de toma de licencia, los cuales fueron agrupados como, licencia genuina, aquellos donde la licencia se correspondía con un trastorno mental per-se y licencia no genuina, la cual se encontraba motivada por otras causas, que se subdividieron a su vez en problemas de relación en el ámbito laboral, cambio de puesto de trabajo, cambio de sucursal y/o lugar de trabajo, otros problemas médicos, trastornos familiares o del grupo primario de apoyo y por motivos desconocidos (Tabla 4).

**Tabla 4.** Conclusiones profesionales sobre motivo real de la licencia

	N	%
<b>Genuina</b>		
- Trastorno Psiquiátrico per-se	11	12,4
<b>No Genuina</b>		
- Problemas de relación en ámbito laboral	46	51,7
- Cambio de puesto de trabajo	12	13,5
- Cambio sucursal/lugar de trabajo	6	6,7
- Otros problemas médicos	1	1,1
- Problemas Familiares	8	9,0
- Desconocido	5	5,6
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Discusión

Uno de los objetivos de esta investigación fue describir una serie de 89 casos, sujetos a evaluación psiquiátrica por encontrarse usufructuando licencia médica psiquiátrica y/o psicológica. Los sujetos fueron evaluados mediante entrevista clínica semiestructurada y la administración de instrumentos, el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) e Inventario de Síntomas SCL-90-R. El otro objetivo del estudio fue poner a prueba aspectos psicométricos, explorando la validez convergente de las escalas "Total de Síntomas

Positivos" (PST) e "Índice de Malestar Positivo" (PSDI) del Inventario de Síntomas SCL-90-R, con la versión española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y determinar la utilidad de dichos instrumentos en la detección de probables simuladores de trastornos mentales.

Las licencias presentadas argumentaban trastornos de ansiedad y asociados (70,8%); trastornos afectivos y del humor (23,6%); trastornos asociados al consumo de bebidas alcohólicas y otros (3,4%); otros (2,2%) como justificativo del ausentismo laboral. Las evaluaciones administradas permitieron concluir los motivos reales de la misma siendo los más frecuentes los problemas de relación en el ámbito laboral (51,7%) y cambio de puesto de trabajo (13,5%) seguidos por los trastornos mentales per-se (12,4%) recién en tercer lugar. Se observó que en gran parte de los casos la indicación de licencia, la misma se encontraba fundada en una valoración sintomática, confundiendo el sufrimiento con enfermedad.

Los inventarios SCL-90-R y SIMS demostraron utilidad para evaluar simulación de trastornos mentales y más allá de la correlación estadísticamente significativa entre las escalas de PST y PSDI del inventario SCL-90-R y la puntuación total del SIMS, los resultados parecen indicar que la puntuación total del inventario SIMS es la que permite una mejor discriminación de los casos de simuladores de los no simuladores.

Los resultados obtenidos permitieron sostener la existencia de validez convergente entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI (0,617) en relación a PST (0,413). Esta circunstancia amplía el uso y utilidad del inventario SCL-90-R, dado que sería útil, para detectar simulación, circunstancia para la que no fuera originalmente diseñado.

Si bien la evaluación clínica realizada por un profesional idóneo es imprescindible, estos instrumentos evaluados, serían de utilidad para arribar a un diagnóstico correcto, ratificar o rectificar la impresión clínica o en su defecto, brindar indicios sobre la problemática que presente el evaluado. Asimismo poder contar con instrumentos que sirvan para detectar simulación resulta ser de suma importancia considerando que en muchos casos la licencia laboral, las discrepancias entre el profesional que la otorga y el que ejerce el contralor médico pueden terminar en conflictos legales donde el instrumento será de mayor utilidad aportando datos objetivos, con validez clínica comprobada.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al SIMS también respaldan las recomendaciones dadas por los autores originales de utilizar la puntuación total como mejor indicador de la sospecha de simulación y considerar la información de las escalas de forma secundaria para ver qué posibles áreas de sintomatología pueden estar simulándose (23). De todos modos, es interesante señalar que las escalas (deterioro neurológico, trastornos amnésicos y trastornos afectivos) han sido las

que sistemáticamente se han mostrado más útiles en la detección de simulación en el campo de los trastornos ansiosos y depresivos en la literatura científica, tanto en estudios análogos (24), como en grupos diagnósticos (25, 26). De esta forma, los datos obtenidos indican que los probables simuladores tenderían a presentar síntomas atípicos en todas las escalas, pero particularmente en la que indaga trastornos afectivos. Esto concuerda con los certificados presentados, que en su mayoría incluían diagnósticos de ansiedad o trastornos de ánimo.

En cuanto al análisis de los resultados obtenidos en el inventario SCL-R-90, los hallazgos permiten proponer una nueva forma de utilización e interpretación de las pruebas, vinculada a la discriminación de casos de simulación en licencias laborales de causas psicopatológica. Este inventario ya ha sido reconocido por su utilidad para el diagnóstico sintomatológico y, a la luz de estos hallazgos, podría empezar a aplicarse como un instrumento complementario para la evaluación de licencias laborales.

Siempre resultará conveniente que el diagnóstico de simulación no surja de un hallazgo aislado, sino que integre información recurrente que provenga de diversas fuentes como los datos recabados de la entrevista, información brindada por el empleador, compañeros de trabajo, test de personalidad o neurocognitivos y en la medida de lo posible, más de una prueba que valore las actitudes de fingimiento o simulación.

A pesar de no haber sido cuantificado en este estudio, se han podido aislar algunos datos de interés surgidos de la entrevista que resultaban ser denominadores comunes en los casos de simulación, como actitudes reivindicativas (reclamos de diversa índole a la empresa), la elección de profesionales por fuera de las cartillas de prestadores de obra social o prepaga, la falta de tratamiento psicológico, pobre evolución terapéutica, recaídas vinculadas a las citaciones de la empresa, falta de precisión sobre la medicación que se les indicó o su forma de administración, imprecisión en la descripción sintomática o descripción de los síntomas en forma enumerada o técnica, que configuran una motivante heurística.

En cuanto a las limitaciones, no puede obviarse el tamaño de la muestra, que no ha sido utilizado el total de los datos aportados por el inventario SCL-90-R y la falta de validación del inventario SIMS con la población Argentina, siendo imprescindible más investigaciones a futuro a para aportar conocimiento y luz a un tema tan controvertido como el usufructo de licencia laboral por trastornos psiquiátricos.

## Agradecimientos

Al Prof. Dr. Jorge Oscar Folino y Prof. Dr. Jorge Luis Castillo por las críticas y sugerencias.

## Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

1. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, WHO/NIH Study Group. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999, 354:111-115.
2. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Atención Primaria* 2002, 34:32-38.
3. Lees-Haley PR, Dunn J. The ability of naïve subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1994, 50:252-256.
4. Baity MR, Siefert JF, Chambers A, Blais M. Deceptiveness on the PAI: a study of naïve faking with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment* 2007, 88:16-24.
5. Bowen C, Bryant RA, Malingering posttraumatic stress on the Personality Assessment Inventory. *International Journal of Forensic Psychology* 2006, 1:22-28.
6. Frueh BC, Gold PB, de Arellano MA. Symptom over reporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status. *Journal of Personality Assessment* 1997, 68:369-384.
7. Hall RCW, Hall RCW. Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *General Hospital Psychiatry* 2006, 28:525-535.
8. Hall RCW, Hall RCW. Detection of malingered PTSD: an overview of clinical, psychometric, and physiological assessment: where do we stand? *Journal of Forensic Sciences* 2007, 52:717-725.
9. Repko GR, Cooper R. A study of the average workers' compensation case. *Journal of Clinical Psychology* 1983, 39:287-295.
10. Lees-Haley, PR. MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology* 1997, 53:745-755.
11. McGuire BE, Shores EA. Simulated pain on the Symptom Checklist 90-revised. *Journal of Clinical Psychology* 2001, 57:1589-1596.
12. Larrabee GJ. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist* 2003, 17:410-425.
13. Bagby R, Nicholson R, Bacchiochi J, Ryder A, Bury A. The predictive capacity of the MMPI-2 and the PAI validity scales and indexes to detect coached and uncoached feigning. *Journal of Personality Assessment* 2002, 78:69-86.
14. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Casado Morales MI. Trastornos por ansiedad. En: González Ordi H, Santamaría P y Capilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Madrid: TEA Ediciones; 2012, p. 461-504.
15. González Ordi H, Santamaría P, Capilla Ramírez P. La simulación como estilo de respuesta. En: González Ordi H, Santamaría P y Capilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Madrid: TEA Ediciones; 2012, p.19-64.
16. Bertone MS, Ortiz Lugo ME, Muniello J, Marquez E, López P. Detección de la Simulación de Enfermedad Mental dentro del ámbito penitenciario mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES). *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2012, 12:109-128.
17. Blasco Saiza JL, Pallardó Durá L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico legal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud* 2013, 24:177-183.
18. Kuczynski M, Rodriguez Maria C, Wiese R, et al. La evaluación de trastornos mentales y capacidad laboral en juntas psiquiátricas. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría* 2011, Vo.XXII: 11 - 18.
19. Smith GP, Burger GK. Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law* 1997, 25:180-183.
20. González Ordi H, Santamaría P. (2009). Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones.
21. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-R: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973, 9:13-28.
22. Casullo MM, Castro Solano A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones* 1999, 7:147-157.
23. Clegg C, Fremouw W, Mogge NL. Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2009, 20:239-254.
24. Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Der Nervenarzt* 2003, 74:977-986.
25. Edens JF, Otto RK, Dwyer T. Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1999, 27:387-396.
26. Alwes YR, Clark J, Berry DTR, Granacher R. Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2008, 30(2):133-140.