

ACTUACIONES 2025



Cátedra **MAZ**
Universidad Zaragoza





I. ACTIVIDADES CÁTEDRA MAZ 2025

I.1. DIVULGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA PRESENCIA DE LA CÁTEDRA MAZ & UNIZAR EN LAS REDES SOCIALES

Durante el año 2025 y gracias a la información publicada en la *página web* de la Cátedra MAZ y en su *área de YouTube*, se ha logrado brindar una mayor visibilidad a las actividades desarrolladas.

Así mismo, desde las plataformas *Twitter* e *Instagram* se han compartido regularmente informaciones de interés para profesionales sanitarios (tanto de Medicina, como de Enfermería del Trabajo) y personal técnico de prevención de riesgos laborales. Entre lo compartido estarían las nuevas publicaciones o informes de las agencias nacionales e internacionales competentes, novedades normativas, noticias sobre eventos científicos o formativos, etc., en materia de Salud Laboral en general y Medicina del Trabajo, en particular.

I.2 JORNADAS DE SALUD MENTAL y TRABAJO IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN EL ABSENTISMO LABORAL

El pasado 27 de enero se celebraron las *I Jornadas de Salud Mental y Trabajo* de la Cátedra.

En ellas se expuso el *Plan General de Salud Mental del Gobierno Aragón* y un *proyecto de investigación* que en el terreno de la salud mental está siendo impulsado desde la Cátedra MAZ UNIZAR en colaboración con Atención Primaria y la Dirección de Salud Mental del Gobierno de Aragón.



Durante las Jornadas se desarrolló una mesa redonda sobre el IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN EL ABSENTISMO LABORAL con la participación de representantes de CEOE, CEPYME y UGT, entre otros.

Las Jornadas se clausuraron con la conferencia impartida por Don Eduardo Fonseca Pedrero, Catedrático de Psicología y Vicerrector de Investigación de la Universidad de la Rioja sobre los *Desafíos de la Salud Mental en el Contexto del Trabajo en La Era Digital*

La Jornadas fueron un éxito y contaron con una elevada asistencia de público tanto presencial, como online. La imagen siguiente muestra el programa

I JORNADAS DE SALUD MENTAL Y TRABAJO

En el punto de mira: Salud Psíquica y Absentismo en la Era Digital

FECHA: 27 de enero de 2025
HORARIO: 9:00-12:00

LUGAR: Sala Pilar Sinués. Edificio Paraninfo
Universidad de Zaragoza
Plaza Basilio Paraíso. Zaragoza

PROGRAMA

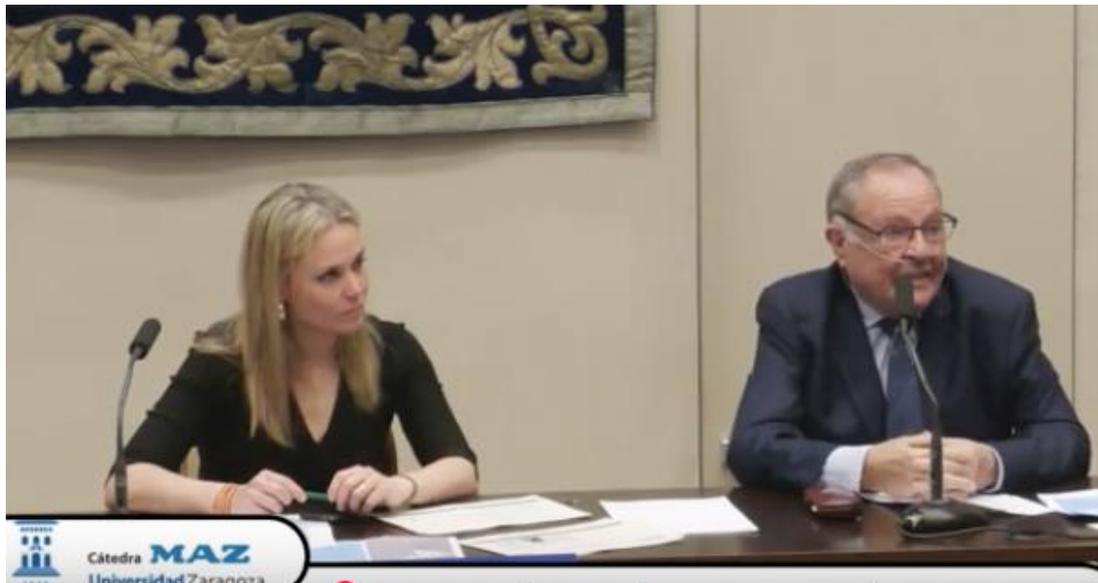
<p>09:00-09:30 REGISTRO Y CAFÉ</p> <p>09:30-09:45 INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS</p> <p>D. José Antonio Mayoral Murillo Rector de la Universidad de Zaragoza</p> <p>D^a María del Mar Vaquero Peiáñez Vicepresidenta y Consejera de Presidencia, Economía y Justicia de Aragón</p> <p>D. Guillermo de Vilchez Lafuente Director Gerente de la MAZ</p> <p>09:45-10:00 PROPUESTAS INCLUIDAS EN PLANES GENERALES EN SALUD MENTAL</p> <p>D. Manuel Corbera Almajano Director General de Salud Mental de Aragón</p> <p>10:00-10:10 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE LA CÁTEDRA MAZ&UNIZAR</p> <p>D^a M^a Pilar Borraz Mir Directora Gerencia Única de Atención Primaria de Aragón</p> <p>D. Andrés Alcázar Crevillén Jefe de Estudios de la Cátedra MAZ & UNIZAR</p>	<p>10:10-11:05 MESA REDONDA – LA SALUD MENTAL y SU EFECTO MULTIPLICADOR DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL</p> <p>Modera: D^a Begoña Martínez Jarreta D^a Patricia Pérez Poza – Inspección Sanitaria D. Javier Frías Jarque – INSS D^a Loreto Beltrán Audera - CEOE D^a M^a Victoria Pérez Sierra – CEPYME D. Luis Clarimón Torrecillas – CCOO D. José de las Morenas de Toro – UGT</p> <p>11:05-11:25 CONFERENCIA: ENTENDIENDO LA SALUD MENTAL – FUNDAMENTOS</p> <p>D. Eduardo Fonseca Pedrero Catedrático de la Universidad de La Rioja</p> <p>11:25-11:40 CLAUSURA DE LAS JORNADAS</p> <p>D. José Luis Bancalero Flores Consejero de Sanidad de Aragón</p> <p>D. Jesús Divassón Mendivil Director General de Trabajo de Aragón</p> <p>D^a Begoña Martínez Jarreta Directora de la Cátedra MAZ & UNIZAR</p>
---	--

Actividad Declarada de Interés Científico por el Colegio de Médicos de Zaragoza

Seguir acto Online



Inauguración del Acto: Gerente de la MAZ, Guillermo de Vílchez; Vicerrectora de Estudiantes, Ángela Alcalá; Director General de Trabajo: Jesús Divassón



Directora de la Gerencia Única de Atención Primaria, Pilar Borraz; Jefe de Estudios de la Cátedra: Andrés Alcázar



Mesa Redonda: Javier Frías, Begoña Martínez Jarreta, José de las Morenas, Patricia Poza, Loreto Beltrán, M^a Victoria Pérez



Clausura de la Jornada: Directora de la Cátedra: M^a Begoña Martínez Jarreta

En RNE se dio difusión a estas Jornadas con diversas entrevistas de la que destacamos la realizada al Dr. Alcázar Crevillén.



Damos la palabra...

ANDRÉS ALCÁZAR
JEFE DE ESTUDIOS DE LA CÁTEDRA MAZ DE
LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



CÁTEDRA
MAZ
EN YOUTUBE



ARAGÓN INFORMATIVOS

Informativo Zaragoza
de Zerca 08:45 -
20/02/25



20/02/2025 14:50

Salud mental en el trabajo con el jefe de estudios de la Cátedra MAZ de la Universidad de Zaragoza, Andrés Alcázar

Desde ahora y hasta las nueve les acercamos lo más destacado de la actualidad de la provincia de Zaragoza.

Hoy hablaremos sobre un proyecto que va a abordar los problemas de salud mental en el trabajo. Lo impulsa el doctor Andrés Alcázar, jefe de estudios de la Cátedra MAZ de la Universidad de Zaragoza.



I.2. IV JORNADAS DE ENTREGA DE PREMIOS DE LA CÁTEDRA MAZ-UNIZAR A LA EXCELENCIA EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA DEL TRABAJO

El 30 de junio de 2025 se celebraron en el Paraninfo de la Universidad de Zaragoza las IV Jornadas de Entrega de Premios de la Cátedra MAZ-UNIZAR, acto declarado de Interés Científico por el Colegio de Médicos de Zaragoza. La inauguración contó con la participación de representantes del Gobierno de Aragón, la Universidad de Zaragoza y la propia Cátedra MAZ, subrayando la importancia de la colaboración institucional en el ámbito de la Medicina del Trabajo.

La conferencia inaugural fue impartida por el Prof. Dr. Pablo Pérez Martínez, Catedrático de la Universidad de Córdoba, quien abordó la influencia de la nutrición y el estilo de vida en la salud y el bienestar laboral. Posteriormente se presentaron los trabajos galardonados, que recayeron en Ana María Prieto Iborte (Premio TFG), Ana María Gámez Chirivella (Premio TFM) y la Dra. Begoña Abecia Martínez (Premio Tesis Doctoral), destacando la calidad y relevancia de sus investigaciones.

El acto incluyó la entrega oficial de los premios y un emotivo homenaje "In memoriam" al Prof. Dr. Andrés Alcázar Crevillén, en cuyo recuerdo se presentó la Beca de Investigación en Biomecánica que llevará su nombre, impulsada por la Cátedra MAZ y la Mutua MAZ.

La clausura corrió a cargo del Director Gerente de Mutua MAZ y de la Directora del ISSLA del Gobierno de Aragón, quienes resaltaron la necesidad de continuar promoviendo la investigación, la docencia y la transferencia de conocimiento en Medicina del Trabajo.

IV Jornadas de “Entrega de Premios de la Cátedra MAZ UNIZAR” a la Excelencia en la Investigación Científica en Medicina del Trabajo

FECHA: 30 de junio de 2025
HORARIO: 17:00-19:15
LUGAR: Aula Magna. Edificio Paraninfo
Universidad de Zaragoza
Plaza Basilio Paraíso. Zaragoza



PROGRAMA

17:00-17:15 INAUGURACIÓN DEL ACTO

Prof. Dr. D. Manuel González Bedía
Vicerrector de Innovación, Transferencia y Formación
Permanente

D. Jesús Divasson Mendivil
Director General de Trabajo del Gobierno de Aragón

Prof. Dra. Dña. Begoña Martínez Jarreta
Directora de la Cátedra MAZ-UNIZAR

17:15-17:55 CONFERENCIA INAUGURAL

Perspectivas en Nutrición y Estilo de Vida:
La Visión de los Sabios

Prof. Dr. D. Pablo Pérez Martínez
Catedrático de la Universidad de Córdoba

17:55-18:45 Presentación de los trabajos premiados
A cargo de Dra. Dña. Belén Lacárcel Tejero
(Responsable médico de contingencia profesional de
Mutua MAZ y Cátedra MAZ)

- Premio al Mejor Trabajo Fin de Grado
Dña. Ana María Prieto Iborte
Grado en Nutrición Humana y Dietética - 2024
Universidad de Zaragoza
- Premio al Mejor Trabajo Fin de Máster
Dña. Ana María Gámez Chirivella
Máster en Medicina Evaluadora y Peritaje - 2023
Universidad de Barcelona
- Premio a la Mejor Tesis Doctoral
Dra. Dña. Begoña Abecia Martínez
Doctora por la Universidad de Zaragoza - 2024

18:45-18:55 ENTREGA DE PREMIOS

18:55-19:15 *In memoriam* del Prof. Dr. D. Andrés
Alcázar Crevillén

Presentación de la Beca de Investigación en
Biomecánica “Andrés Alcázar”

- Cátedra MAZ & UNIZAR
- Mutua MAZ
- Familiares del Dr. Alcázar Crevillén

19:15 CLAUSURA

D. Guillermo de Vilchez Lafuente
Director Gerente de la Mutua MAZ

D. Jesús Divasson Mendivil
Director General de Trabajo. Gobierno de Aragón

VINO ESPAÑOL



[Ver Online](#)

Declarada de Interés Científico por el Colegio de Médicos de Zaragoza



Inauguración de la Jornada. Vicerrector de Innovación, Transferencia y Formación Permanente: Manuel González Bedía



Inauguración de la Jornada. Directora del ISSLA: Noelia Carbó



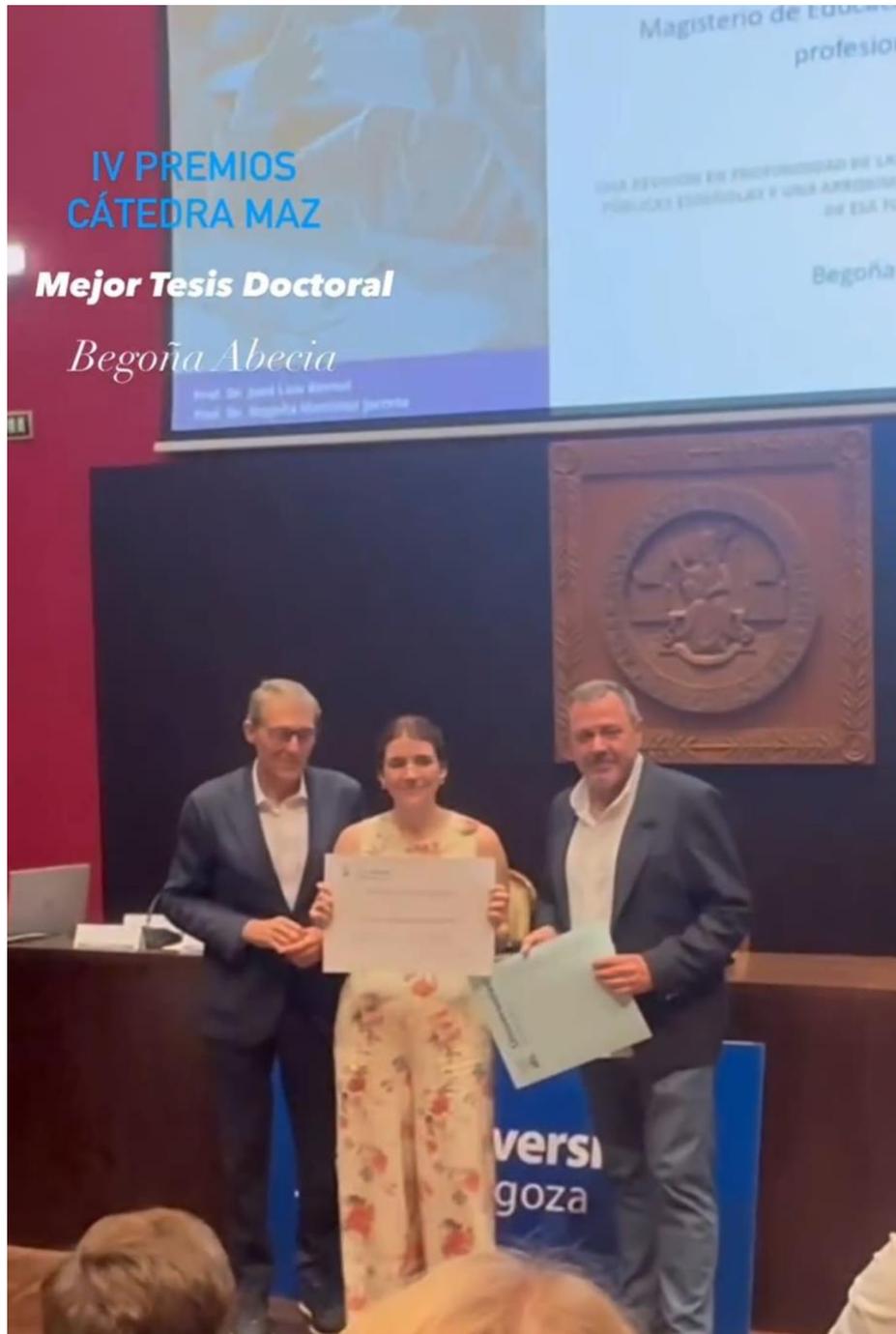
Inauguración de la Jornada. Directora de la Cátedra MAZ: M^a Begoña Martínez Jarreta



Conferencia Inaugural. Catedrático de la Universidad de Córdoba: Pablo Pérez Martínez



Presentación de los Trabajos Premiados. Responsable médico de contingencia profesional de Mutua MAZ y Cátedra MAZ: Belén Lacárcel Tejero



Entrega de premios: el Director Gerente de la Mutua MAZ, Guillermo de Vílchez Lafuente; la premiada, Begoña Abecia; y el Decano de la Facultad de Medicina de UNIZAR, Javier Lanuza Giménez



Entrega de premios: el Director Gerente de la Mutua MAZ, Guillermo de Vilchez Lafuente; la premiada, Ana María Gámez; y el Decano de la Facultad de Medicina, Javier Lanuza Giménez



Entrega de premios: el Director Gerente de la Mutua MAZ, Guillermo de Vilchez Lafuente; la premiada, Ana María Prieto; y el Decano de la Facultad de Medicina, Javier Lanuza Giménez





In memoriam del Prof. Dr. D. Andrés Alcázar Crevillén



Clausura de la Jornada: Director Gerente de la Mutua MAZ: Guillermo de Vílchez Lafuente



I.3. CONFERENCIAS EDUCATIVAS/ SEMINARIOS / entrevistas a expertos

Durante el presente año y desde la Cátedra MAZ UNIZAR se han preparado nuevos materiales docentes que se ha pretendido que resultasen atractivos, y accesibles para los profesionales sanitarios que, de manera cómoda, flexible y autónoma, quisieran renovar o actualizar conocimientos. Todo ello a través de las plataformas online consolidadas y de uso ampliamente extendido, indicadas anteriormente (como *YouTube, Twiter, Instagram*) y la propia web de la Cátedra.

La grabación y edición de los nuevos vídeos se ha llevado a cabo en "SEMETA" (Laboratorio de Medios Audiovisuales de la Universidad de Zaragoza).

Los materiales docentes se han diseñado para que pudieran ser de utilidad formativa a Médicos del Sistema Público de Salud y Médicos del Trabajo, etc., (entre otros profesionales sanitarios como Enfermeros/as del Trabajo, Médicos de Mutuas) y, en general, a todos los aquellos interesados en la detección de daños de origen profesional, incluidos: Técnicos de Prevención y RRHH. Las conferencias están disponibles en los enlaces que se detallan a continuación:

<https://medicina.unizar.es/CMDifusion>.

Estas son algunas de las nuevas videoconferencias educativas en Medicina del Trabajo incorporadas al área de YouTube en el año 2024, grabadas por la Cátedra MAZ & UNIZAR y el Gobierno de Aragón:



Trastornos del sueño y absentismo laboral
Por Elia Usieto Aguelo



Eduardo Fonseca Pedrero
Catedrático de la Universidad de la Rioja

Entendiendo la salud mental: Fundamentos
Por Dr. Eduardo Fonseca Pedrero



Manuel Corbera Almajano
Director General de Salud Mental de Aragón



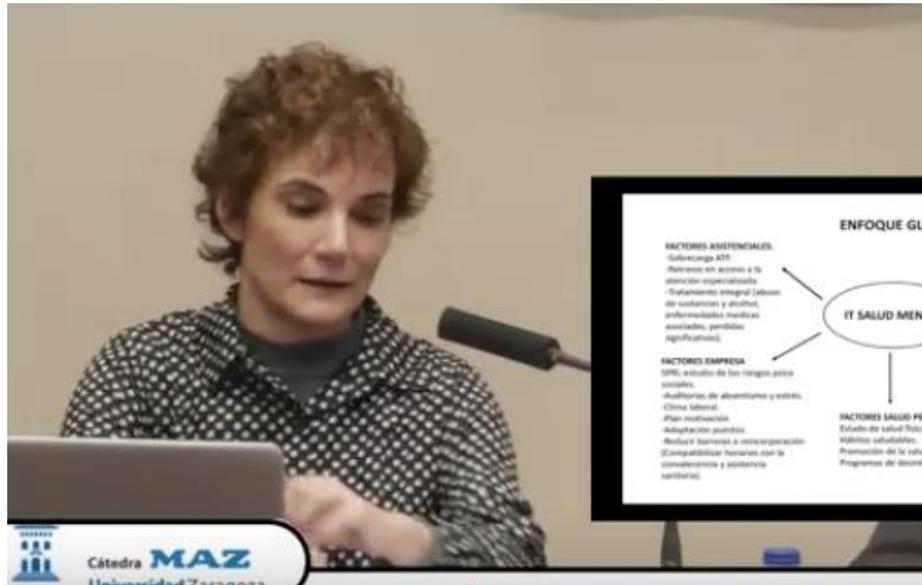
Cátedra **MAZ**
Universidad Zaragoza

Propuestas incluidas en planes generales en
salud mental

Por Dr. Manuel Corbera Almajano



Conferencia: Inspector de INSS: Javier Frías



Conferencia: Inspección Sanitaria: Patricia Pérez



Perspectivas en Nutrición y Estilo de Vida: la Visión de los Sabios

Pablo Pérez Martínez

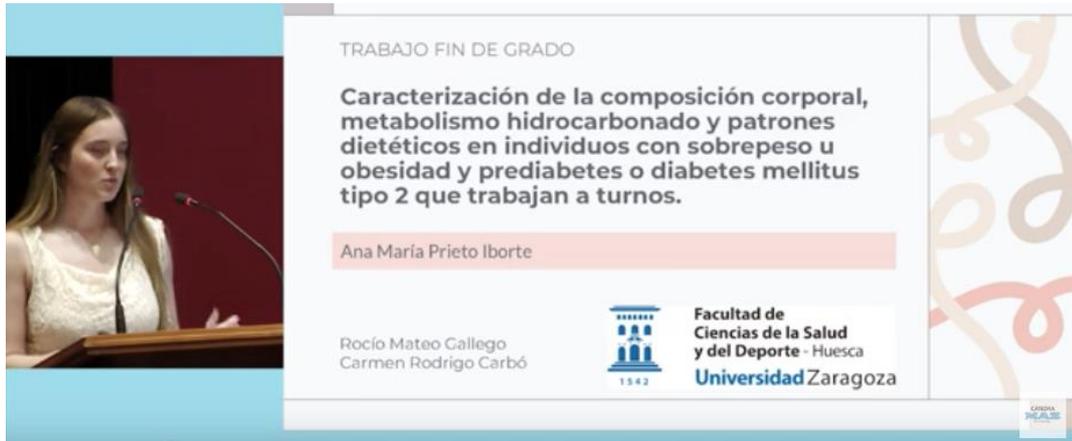
Conferencia: Perspectivas en Nutrición y Estilo de Vida: la Visión de los Sabios.
Por Pablo Pérez Martínez



Conferencia: Análisis de las necesidades de formación en materia de salud, seguridad y prevención de riesgos y sobre bienestar docente percibidas por el alumnado de los grados de Magisterio de Educación Infantil y Primaria y por los profesionales en ejercicio. Por Dra. Dña. Begoña Abecia Martínez



Conferencia: Trastornos neurológicos asociados a fractura radio cubital distal en el ámbito del accidente laboral. Mutua de Accidentes de Zaragoza. Por Dña. Ana María Gámez Chirivella



Conferencia: Caracterización de la composición corporal, metabolismo hidrocarbonado y patrones dietéticos en individuos con sobrepeso u obesidad y prediabetes o diabetes mellitus tipo 2 que trabajan a turnos. Por Dña. Ana María Prieto Iborte



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Da un secolo, oltre.



HR EXCELLENCE IN RESEARCH



Veronica Traversini
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Conferencia: Active Ageing and the Gender Approach in the Workplace. Por Veronica Traversini



I.4 PROMOCIÓN DE LA DOCENCIA "REGLADA" DE LA MEDICINA DEL TRABAJO EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA EN EL AÑO 2025

La MEDICINA DEL TRABAJO se imparte como asignatura independiente en el *Grado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza* desde la puesta en marcha del plan de estudios en vigor. Se ha logrado que se mantenga su presencia en el nuevo plan de estudios que ha arrancado en el presente curso académico en nuestra Universidad.

La participación de MAZ se ha incrementado y se incorporan prácticas de los alumnos de Medicina del Trabajo en Mutua MAZ/ Hospital de MAZ de Zaragoza, tanto en el pregrado, como en el posgrado de Medicina. Así se ha extendido la participación de MAZ al *Máster de Iniciación a la Investigación en Medicina* (I Módulo de Investigación en Medicina del Trabajo), al *Máster de Prevención de Riesgos Laborales* en el módulo de Medicina del Trabajo, al igual que en *Enfermería del Trabajo* como asignatura de libre optativa e la Universidad de Zaragoza.

Al haberse logrado instaurar las prácticas de alumnos de pregrado y postgrado en MAZ se ponen las bases para el mejor conocimiento de la patología laboral y del papel de médico general y especialistas médicos en todo lo relativo a accidentes y enfermedades profesionales, bajas e incapacidades y acerca del importante rol que desempeñan las mutuas.



I.5. LA CÁTEDRA MAZ CONVOCA LA SEXTA EDICIÓN DE LOS PREMIOS A LA MEJOR TESIS DOCTORAL, AL MEJOR TRABAJO FIN DE LA ESPECIALIDAD MIR DE MEDICINA DEL TRABAJO, MEJOR TRABAJO DE FIN DE MÁSTER (TFM) Y TRABAJO FIN DE GRADO (TFG).

El tema de la Tesis y de los trabajos debe estar **relacionado con la Medicina del Trabajo** desde cualquier perspectiva (incluidos aquellos llevados a cabo desde una vertiente no médica).

El día 9 de julio se publicó y se dio publicidad a la convocatoria de premios. Convocatoria completa en anexo III.

iUNIZAR

Boletín diario informativo de la **Universidad de Zaragoza**

9/7/2025

INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA CÁTEDRAS

La Cátedra MAZ UNIZAR convoca los Premios a la mejor Tesis Doctoral, al mejor Trabajo Fin de la Especialidad MIR/EIR de Medicina del Trabajo, al mejor Trabajo de Fin de Máster (TFM) y Trabajo Fin de Grado (TFG)

Tema: Medicina del Trabajo

La Cátedra MAZ convoca la sexta edición de los **premios** a la mejor tesis doctoral, al mejor Trabajo Fin de la Especialidad MIR/EIR de Medicina del Trabajo, mejor trabajo de fin de máster (TFM) y trabajo fin de grado (TFG). El tema de la Tesis / trabajo debe estar **relacionado con la Medicina del Trabajo** desde cualquier perspectiva.

Las solicitudes serán presentadas por las personas interesadas siguiendo el procedimiento que se indica en esta convocatoria y deberán cumplir las siguientes condiciones:

- Los solicitantes del premio a la mejor tesis doctoral serán doctores que hayan defendido su **TESIS DOCTORAL** con calificación sobresaliente cum laude en los años 2024 o 2025.
- Podrán optar al premio al mejor **Trabajo de Fin de la Especialidad de Medicina del Trabajo** aquellos profesionales que hayan finalizado dicha especialidad en los años 2024 o 2025. El trabajo deberá haber sido realizado de forma individual y presentado al término de la formación como MIR/EIR en la especialidad de Medicina del Trabajo.
- Los solicitantes del premio al mejor **TRABAJO DE FIN DE MÁSTER** (realizado al concluir un **máster oficial que otorgue acceso al doctorado**) habrán defendido públicamente su trabajo de fin de máster en los años 2024 o 2025, obteniendo al menos la calificación de sobresaliente.
- Los solicitantes del premio al mejor **TRABAJO DE FIN DE GRADO** (realizado al concluir un **grado**) habrán defendido públicamente su trabajo de fin de grado durante el curso 2024-25 obteniendo al menos la calificación de sobresaliente

Recepción de solicitudes: **hasta el 30 de septiembre de 2025 (incluido)**.

Se adjunta la convocatoria.

- [Adjunto 1 \(pdf\)](#)



ANEXO I.

Evaluación de la validez de síntomas ansioso-depresivos en casos de incapacidad laboral

Introducción

En los últimos años, ha surgido un consenso sobre la necesidad de evaluar la validez y la credibilidad de las presentaciones clínicas de los evaluados (Sweet et al., 2021). Para lograrlo, se anima a los evaluadores a utilizar medidas de dos categorías: (a) pruebas e índices de pruebas diseñados para evaluar la exactitud de los síntomas notificados subjetivamente y (b) pruebas e índices de pruebas destinados a evaluar la credibilidad del rendimiento de las tareas en medidas cognitivas objetivas (Young et al., 2025a, 2025b). La primera categoría suele denominarse pruebas de validez de los síntomas (SVT), mientras que la segunda se conoce como pruebas de validez del rendimiento (PVT). Aunque las pruebas de ambas categorías se agruparon originalmente bajo el término general de pruebas de validez de síntomas, Larrabee (2012) distinguió formalmente las SVT de las PVT en un artículo histórico, aclarando que representan fuentes de información distintas pero complementarias en la evaluación forense y clínica.

En las últimas dos décadas, la investigación se ha centrado en gran medida en el desarrollo y la validación de un número creciente de PVT (Erdodi y Giromini, 2023). Por el contrario, los profesionales que evalúan la validez de los síntomas disponen de un número notablemente menor de SVT validadas (Giromini et al., 2022). Como resultado, algunos autores han sugerido que una mayor investigación sobre las SVT sería beneficiosa para el campo (por ejemplo, Giromini et al., 2022; Sweet et al., 2021). En línea con estas recomendaciones, este artículo tiene un alcance relativamente limitado y sólo examina las TSV.

Evolución y clasificación de las pruebas de validez de síntomas (SVT)

Dada la relativa escasez de los SVT en comparación con los PVT, se podría suponer que los SVT son un desarrollo relativamente reciente en este campo. Por el contrario, los SVT tienen una larga historia en la evaluación psicológica, que se remonta a las primeras versiones del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1942), donde se introdujeron escalas de validez para detectar presentaciones de síntomas exageradas o minimizadas. Inicialmente, los SVT se utilizaban principalmente en contextos psiquiátricos para identificar psicopatología fingida, en particular síntomas psicóticos exagerados. Con el tiempo, sin embargo, su aplicación se ha ampliado, y ahora se emplean ampliamente tanto en evaluaciones clínicas como forenses para evaluar

estilos de respuesta a través de una gama de condiciones psicológicas, neuropsicológicas y somáticas (Giromini et al., 2022).

Actualmente, los SVT más utilizados pueden dividirse en dos categorías principales: medidas basadas en entrevistas y pruebas de autoinforme o escalas de pruebas. Los SVT basados en entrevistas mejor estudiados y más utilizados incluyen la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS; Rogers et al., 1992) y su versión revisada, la SIRS-2 (Rogers et al., 2010), que algunos consideran el método preferido para evaluar la validez de los síntomas (Giromini et al., 2022). Otro SVT ampliamente estudiado y utilizado basado en entrevistas es el Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST; Miller, 2001).

Por otro lado, los SVT de autoinforme pueden adoptar la forma de indicadores de validez integrados -escalas incluidas en inventarios de personalidad y cuestionarios psicológicos más amplios- o pruebas independientes diseñadas específicamente para detectar la exageración de los síntomas. Ejemplos bien conocidos de SVT de autoinforme incrustados incluyen las escalas de validez de sobreinforme del MMPI-3 (Ben-Porath y Tellegen, 2020a, 2020b), el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI; Morey, 2007) y el Inventario Clínico Multiaxial Millon-IV (MCMI-IV; Millon et al., 2015). Por el contrario, los SVT independientes ampliamente utilizados e investigados incluyen el Inventario Estructurado de Sintomatología Maligna (SIMS; Smith y Burger, 1997) y el Inventario de Problemas-29 (IOP-29; Viglione et al., 2017), los cuales han sido objeto de

revisiones sistemáticas e investigaciones metaanalíticas (Giromini y Viglione, 2022; Puente-López et al., 2023; Shura et al., 2022; van Impelen et al., 2014).

El presente estudio

Los SVT más populares -y todas las pruebas mencionadas en los párrafos anteriores, es decir, el SIRS-2, el M-FAST, el MMPI-3, el PAI, el MCMI-IV, el SIMS y el IOP-29- se desarrollaron y validaron originalmente en sus versiones inglesas en Estados Unidos. Aunque desde entonces se han traducido a múltiples idiomas y se han investigado empíricamente en diferentes contextos culturales, muchos otros SVT se han desarrollado fuera de Estados Unidos y en idiomas distintos del inglés. Por lo tanto, cuando se evalúa a personas cuyos antecedentes culturales y lingüísticos difieren de los de los hablantes nativos de inglés criados en Estados Unidos, los evaluadores pueden preguntarse qué SVT son las más apropiadas para su evaluación en particular. De hecho, las diferencias culturales y lingüísticas pueden influir en los estilos de respuesta, la interpretación de las pruebas y la precisión general de las evaluaciones de fingimiento (Nijdam-Jones y Rosenfeld, 2017). Estos efectos se derivan de factores como la variedad en la presentación de los síntomas, la falta de familiaridad con los formatos de las pruebas occidentales, los problemas de traducción y las diferencias en las actitudes culturales hacia el engaño, todo lo cual puede influir en el rendimiento de la prueba. En última instancia, sin embargo, lo que más importa a la hora de evaluar una SVT no es el idioma de origen o la calidad

de su traducción, sino hasta qué punto la versión lingüística en cuestión ha sido estudiada empíricamente y ha demostrado un rendimiento adecuado en la población diana. Puente-López et al. (2024), desde la Cátedra MAZ, desarrollaron la adaptación al castellano del IOP-29 en un estudio de simulación. Dicho estudio es ideal para una primera adaptación, pero la validez externa resulta algo más limitada, dado que no se cuentan con simuladores forenses reales. Por ello, el objetivo de la presente investigación es desarrollar un diseño de grupo conocido con simuladores reales para aportar más evidencia a favor del IOP-29 y evaluar su validez externa o ecológica. Este estudio tomará como población a pacientes con sintomatología ansioso-depresiva que hayan solicitado la baja por incapacidad laboral, dado que se ha identificado una alta prevalencia de simulación en dicho contexto (Puente-López et al., 2024).

Método

Se utilizará un diseño de grupo conocido con una muestra de participantes forenses y una muestra de simuladores experimentales. La metodología seguida en el presente proyecto se adaptará del estudio de Roma et al. (2023).

Participantes

Siguiendo las recomendaciones de Pignolo et al., (2021), se buscará alcanzar un mínimo de 50/60 casos por cada subgrupo, previendo que entre un 20% y un 30% podrían arrojar datos no válidos. Teniendo en cuenta la posibilidad de descartar a algunos participantes debido a la aplicación de los

criterios de selección, se reclutará a un total de 160 participantes. De ellos, 80 serán participantes que estén en un proceso de solicitud de baja laboral por incapacidad debida a sintomatología ansioso-depresiva (grupo forense) y 160 serán adultos no clínicos. Los adultos no clínicos se dividirán en dos grupos de simuladores experimentales aleatoriamente (muestreo aleatorio simple utilizando la función de números aleatorios de la versión 25 del SPSS): 1) simuladores experimentales con escenario básico (grupo no entrenado o *uncoached*); y 2) simuladores experimentales que obtendrán información sobre los síntomas y una advertencia (grupo entrenado o *coached*).

Para el grupo forense, se utilizarán los siguientes criterios de selección: i) ser mayor de edad (≥ 18 años); ii) ser capaz y estar dispuesto a firmar el consentimiento informado; iii) tener un diagnóstico de ansiedad y/o depresión (p.ej., trastorno adaptativo, trastorno de estrés agudo, ansiedad generalizada, depresión mayor, etc.); y iv) estar implicado en un proceso de solicitud de baja por incapacidad laboral debido a los síntomas del criterio anterior. Para los grupos de simuladores experimentales, se utilizarán los siguientes criterios de selección i) ser mayor de edad (≥ 18 años); ii) ser capaz y estar dispuesto a firmar el consentimiento informado; iii) los dos controles experimentales; iv) proporcionar respuestas completas en todos los instrumentos administrados; y vi) no estar familiarizado con ningún diagnóstico ansioso-depresivo por haberlo sufrido o por tener a alguien en su entorno que tenga antecedentes.

Procedimiento

Los simuladores experimentales serán reclutados entre los estudiantes de la Universidad de Valladolid durante el segundo semestre del curso. Se inscribirán por correo electrónico tras la presentación del experimento en varias asignaturas y serán asignados aleatoriamente a las condiciones preparadas. Serán citados en dos aulas de la universidad y completarán la batería psicométrica preparada en formato online tras firmar el consentimiento informado.

Cada una de las dos condiciones tendrá instrucciones específicas de simulación, adaptadas de Gorny y Merten (2006) y Puente-López et al. (2022). A los participantes asignados a la condición sin entrenamiento se les dará un escenario básico diseñado para ponerlos en el papel de una persona que había sufrido sintomatología ansioso-depresiva a raíz de una situación laboral altamente compleja. Se les pidió que imaginaran que, debido a que los procedimientos legales para obtener una indemnización se habían retrasado durante mucho tiempo, sus síntomas se habían mitigado en gran medida, pero que se sentían con derecho a una indemnización por las molestias y las graves limitaciones sufridas. Así, decidieron fingir que los síntomas persistían y seguían siendo intensos. El grupo sin entrenamiento recibirá este escenario y, además, recibirá información sobre la presentación clínica habitual de la afección (información sobre los síntomas), así como elementos de advertencia que indicaban que no debían exagerar su presentación o podría ser detectada por un evaluador experto (advertencia).

Para garantizar la comprensión de las instrucciones y la correcta ejecución del papel, se administrarán dos checklist experimentales, uno antes del experimento con preguntas sobre las instrucciones y otro después del experimento con preguntas sobre la ejecución del papel. Como incentivo positivo, se ofrecerá a todos los grupos un crédito extra de 0,25 puntos (sobre un total de 10 para el curso) en la nota final del curso; como incentivo negativo, se penalizará el fracaso (es decir, sólo aquellos que completen las escalas de acuerdo con el rol asignado recibirían la bonificación).

Para el grupo forense, se reclutará una muestra de participantes que estén involucrados en un proceso de solicitud de baja por incapacidad debido a sintomatología ansioso-depresiva. Se contará con 4 psicólogas forenses que evalúan este tipo de casos, las cuales solicitarán a aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión que participen en la investigación, tras la explicación pertinente de la misma. El grupo forense será clasificado en posibles simuladores y posibles pacientes siguiendo la misma metodología de Roma et al. (2024), mediante el uso del SIMS y el MMPI-2-RF.

Instrumentos de medida

Inventario Estructurado de Simulación de síntomas (SIMS). El SIMS (Widows y Smith, 2005) es un SVT autoinformado de 75 ítems verdadero/falso que evalúa la posible sobreinformación de síntomas. La puntuación principal es la puntuación total de la SIMS, siendo las puntuaciones más altas indicativas de un endoso de sintomatología improbable. El SIMS contiene 5 subescalas de 15 ítems cada una: Psicosis

(P), Deterioro Neurológico (NI), Trastornos Amnésicos (AM), Baja Inteligencia (LI) y Trastornos Afectivos (AF). Las subescalas pueden utilizarse para comprender mejor los tipos de síntomas que conducen a una puntuación total elevada. Se utilizó la versión española de la escala, adaptada por González-Ordi y Santamaría (2009), con puntuaciones de corte de >14 y 16.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF).

El MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008, 2011) es probablemente el inventario de personalidad más utilizado en contextos forenses en todo el mundo (Neal y Grisso, 2014). Fue desarrollado para evaluar la personalidad y la psicopatología y consta de 338 ítems que utilizan un formato de verdadero-falso. En total, el MMPI-2-RF comprende 51 escalas, incluyendo nueve escalas de validez y un conjunto de 42 escalas sustantivas, la mayoría de las cuales están ordenadas jerárquicamente. En la parte superior de la jerarquía hay tres escalas de Orden Superior, en la parte media de la jerarquía hay nueve escalas de RC y en la parte inferior de la jerarquía hay 23 escalas de Problemas Específicos. Además, hay dos escalas de Intereses y cinco escalas de Psicopatología de la Personalidad que no forman parte de la jerarquía. Estas escalas sustantivas capturan una variedad de trastornos clínicos, preocupaciones de personalidad y problemas específicos (Ben-Porath y Tellegen, 2008, 2011). Importante para nuestro objetivo, el MMPI-2-RF incluye cinco escalas específicamente diseñadas para evaluar la sobreinformación/el sesgo de respuesta negativa, a saber, las Respuestas

infrecuentes (F-r), las Respuestas psicopatológicas infrecuentes (Fp-r), las Respuestas somáticas infrecuentes (Fs), la Escala de validez de los síntomas (FBS-r) y la Escala de sesgo de respuesta (RBS). La F-r, la Fp-r y la Fs se basan en el enfoque de síntomas infrecuentes (o cuasirrecuentes) mencionado anteriormente (Rogers, 2018). Es decir, estas tres escalas describen síntomas raros, atípicos o extremos que no son típicamente reportados por pacientes genuinos, por lo que las puntuaciones altas en estas escalas se consideran indicativas de una respuesta no creíble caracterizada por un sesgo de respuesta negativa. La principal diferencia entre estas escalas es que la F-r contiene ítems que raramente son refrendados por la muestra normativa, la Fp-r contiene ítems que raramente son refrendados por individuos con psicopatología grave genuina y muestra normativa, y la Fs se centra en síntomas somáticos más que emocionales. Las otras dos escalas de sobreinformación, es decir, la FBS-r y la RBS, difieren notablemente de la F-r, la Fp-r y la Fs, tanto en su desarrollo como en sus enfoques estratégicos para identificar la sobreinformación.

Inventario de Problemas - 29 (IOP-29). El IOP-29 (Viglione y Giromini, 2020) es un SVT de autoinforme de 29 ítems que se completa en aproximadamente 5 a 10 minutos (Viglione y Giromini, 2020). Evalúa la credibilidad de las presentaciones clínicas relacionadas con el trastorno de estrés postraumático, depresión/ansiedad, psicosis, deterioro cognitivo y combinaciones de los mismos. La mayoría de los ítems del IOP-29 ofrecen tres opciones alternativas de respuesta, es decir, «verdadero», «falso» y

«no tiene sentido». Un pequeño número de ítems son en cambio tareas cognitivas (lógicas o matemáticas) que requieren una respuesta abierta.

Resultados esperados

El objetivo principal de la investigación es evaluar la precisión de clasificación (sensibilidad y especificidad) del IOP-29 en un contexto real. Los hallazgos son de extrema utilidad dado que, a día de hoy, solo se dispone de dos test de validez de síntomas en España para la práctica profesional (SIMS y MMPI-2-RF). Además, supone la primera adaptación de un test de validez de síntomas al contexto médico-legal para la valoración de bajas por incapacidad. Se espera que el IOP-29 discrimine de manera satisfactoria entre grupos (sensibilidad >80, especificidad >90).

El producto principal del presente proyecto serán dos publicaciones científicas. La primera, titulada “La validez ecológica del IOP-29 en España: un estudio de grupo criterial en pacientes con baja por incapacidad”, reunirá los resultados de la precisión de clasificación del test en la población citada. La segunda, titulada “La validez incremental de las versiones españolas del IOP-29, SIMS y MMPI-2-RF” estudiará la validez incremental de los tres test incorporados. Las dos publicaciones serán enviadas a revistas JCR Q1, como *Psychological Assessment*, *Assessment* o *The Clinical Neuropsychologist*.

El IOP-29 destaca por ser una de las pocas medidas independientes específicamente desarrolladas para la detección de simulación en contextos clínicos y forenses, con un formato breve, versátil y fácilmente aplicable. Su inclusión en el presente estudio no solo responde a su prometedor

rendimiento psicométrico en investigaciones previas, sino también a su singularidad en el panorama internacional: actualmente, el IOP-29 representa una herramienta única en su clase. Este estudio constituye, además, la primera implementación del IOP-29 en una muestra española con simuladores forenses reales, lo que representa un avance pionero a nivel nacional e internacional. Esta exclusividad y novedad refuerzan la relevancia del proyecto, así como la necesidad urgente de ampliar el repertorio de instrumentos empíricamente validados para el contexto hispanohablante, especialmente en un área tan sensible como la evaluación de la validez de síntomas en solicitudes de incapacidad laboral.

Referencias

- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form: Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2011). *MMPI-2-RF manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press. (Original work published 2008).
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020a). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020b). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Technical manual*. University of Minnesota Press.

- Erdodi, L. A., & Giromini, L. (2023). Assessing the credibility of clinical presentations using performance and symptom validity tests: Current trends and future directions [Editorial]. *Psychology & Neuroscience*, *16*(2), 97–104. <https://doi.org/10.1037/pne0000317>
- Giromini, L., & Viglione, D. J. (2022). Assessing negative response bias with the Inventory of Problems-29 (IOP-29): A quantitative literature review. *Psychological Injury and Law*, *15*(1), 79-93. <https://doi.org/10.1007/s12207-021-09437-7>
- Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of International Neuropsychological Society*, *18*(4), 625–630. <https://doi.org/10.1017/s1355617712000240>
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV)*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Miller, H.A. (2001). *M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional manual (2nd ed.)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Neal, T. M. S., y Grisso, T. (2014). Assessment practices and expert judgment methods in forensic psychology and psychiatry: An international snapshot. *Criminal Justice and Behavior*, *41*(12), 1406–1421. <https://doi.org/10.1177/0093854814548449>



- Nijdam-Jones, A., & Rosenfeld, B. (2017). Cross-cultural feigning assessment: A systematic review of feigning instruments used with linguistically, ethnically, and culturally diverse samples. *Psychological assessment*, *29*(11), 1321–1336. <https://doi.org/10.1037/pas0000438>
- Puente-López, E., Pina, D., López-Nicolás, R., Iguacel, I., & Arce, R. (2023). The Inventory of Problems-29 (IOP-29): A systematic review and bivariate diagnostic test accuracy meta-analysis. *Psychological assessment*, *35*(4), 339–352. <https://doi.org/10.1037/pas0001209>
- Puente-López, E., Pina, D., Rambaud-Quiñones, P., Ruiz-Hernández, J. A., Nieto-Cañaveras, M. D., Shura, R. D., Alcazar-Crevillén, A., & Martínez-Jarreta, B. (2024). Classification accuracy and resistance to coaching of the Spanish version of the Inventory of Problems-29 and the Inventory of Problems-Memory: A simulation study with mTBI patients. *The Clinical Neuropsychologist*, *38*(3), 738–762. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2249171>
- Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). *Structured interview of reported symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. D. (2010). *Structured interview of reported symptoms 2nd Edition: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.

- Roma, P., Giromini, L., Sellbom, M., Cardinale, A., Ferracuti, S., y Mazza, C. (2023). The ecological validity of the IOP-29: A follow-up study using the MMPI-2-RF and the SIMS as criterion variables. *Psychological Assessment, 35*(10), 868–879. <https://doi.org/10.1037/pas0001273>
- Sweet, J. J., Heilbronner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., Suhr, J. A., & Conference Participants (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist, 35*(6), 1053-1106. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036>
- Viglione, D. J., y Giromini, L. (2020). *Inventory of Problems–29: Professional manual*. IOP-Test.
- Widows, M. R., y Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Young, G., Erdodi, L., Giromini, L., & Rogers, R. (2025b). Malingering-Related Assessments in Psychological Injury: Performance Validity Tests (PVTs), Symptom Validity Tests (SVTs), and Invalid Response Set. *Psychological Injury and Law, 19*-34. <https://doi.org/10.1007/s12207-024-09523-6>



Young, G., Giromini, L., Erdodi, L., & Rogers, R. (2025a). Invalid response set and malingering-related assessments in psychological injury: Definitions and a hierarchy of terms. *Psychological Injury and Law*, 3-18. <https://doi.org/10.1007/s12207-025-09529-8>



ANEXO II.

La valoración de la disimulación en España: adaptación al castellano del Inventario General de Comportamiento, Síntomas, y Opiniones (GIBSO)

Introducción

La importancia del sesgo de respuesta positiva, en particular la disimulación, está bien reconocida en la psicología organizacional, especialmente en el ámbito de la selección de personal (por ejemplo, Baer y Miller, 2002). Sin embargo, la mayor parte de la investigación en este campo se centra en los solicitantes que ocultan rasgos de personalidad desfavorables (Levashina, 2018). Este tipo de evaluación se basa en gran medida en constructos como la deseabilidad social, la actitud defensiva y la gestión de impresiones. La deseabilidad social implica negar las cualidades negativas y simular las positivas de acuerdo con las normas sociales. La actitud defensiva implica la negación intencionada e incentivada o la minimización flagrante de los síntomas físicos o psicológicos. La gestión de la impresión, el término más amplio, implica comportamientos dirigidos a controlar las percepciones que los demás tienen de uno mismo, ya sea intencionadamente o no (Rogers, 2018). En psicología forense, particularmente en la literatura sobre informes de salud mental y física (es decir, evaluación de la validez de los síntomas; SVA), la cuestión de la



ocultación de los síntomas se ha pasado por alto en gran medida a pesar de ser de gran interés para los profesionales. Por ejemplo, se puede suponer que las personas implicadas en audiencias de custodia o libertad condicional pueden estar especialmente motivadas para ocultar cualquier problema mental o físico que pudiera afectar negativamente al resultado de estos procedimientos. Sin embargo, el enfoque principal dentro de SVA se ha colocado más comúnmente en cuestiones relacionadas, pero conceptualmente opuestas, a saber, el sesgo de respuesta negativa y sus diversas manifestaciones (por ejemplo, simulación, Puente-López et al., 2024). La literatura sobre la validez de los síntomas ha proporcionado valiosos conocimientos sobre la prevalencia del sesgo de respuesta negativa en los informes de diversos síntomas (por ejemplo, ansiedad frente a dolor, Boskovic et al., 2019), a través de diferentes contextos de evaluación (por ejemplo, civil frente a penal; Merckelbach et al., 2009), y en relación con los incentivos positivos y negativos (por ejemplo, Boskovic, 2020). Además, la validez y la fiabilidad de las medidas existentes se han examinado exhaustivamente (por ejemplo, Merten et al., 2022; Puente-López et al., 2023; van Impelen et al., 2014), y se han desarrollado nuevas medidas (por ejemplo, Inventario de Problemas-29, Viglione et al., 2017; Inventario de Síntomas Autoinformados, 2016; Merten et al., 2016). Estos esfuerzos han mejorado significativamente nuestra comprensión del comportamiento de simulación y han contribuido a los esfuerzos para prevenir dicho comportamiento (Boskovic y Akca, 2022). Sin embargo, se necesitan

esfuerzos similares para examinar la disimulación de síntomas, ya que sigue habiendo muchas lagunas de conocimiento. La disimulación de síntomas se evalúa principalmente utilizando escalas de validez integradas en medidas más amplias, como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Butcher et al., 1995; MMPI-2-RF, Ben-Porath y Tellegen, 2008, véase también Picard et al., 2022; MMPI-3, Ben-Porath y Tellegen, 2020) y el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI; Morey, 1991, 2014). La escala Mentira (L) del MMPI-3 es la medida más conocida del sesgo de respuesta positiva, y consta de 15 ítems que evalúan la deseabilidad social, la deshonestidad intencionada y la negación rotunda (Ben-Porath y Tellegen, 2020; véase Baer y Miller, 2002). La mayoría de los ítems de la escala L se refieren a virtudes y atributos morales de los que rara vez se informa. Del mismo modo, los ítems de la escala K evalúan un ajuste psicológico inusualmente bueno (Ben-Porath y Tellegen, 2020). Se ha demostrado que tanto la escala L como la K incluidas en el MMPI-3 captan eficazmente la ocultación de síntomas en contextos forenses (Whitman et al., 2021; véase Ben-Porath et al., 2022 para una visión general). Asimismo, el PAI incluye escalas que evalúan el subregistro de síntomas, como la escala de Manejo de la Impresión Positiva (PIM, por sus siglas en inglés), que mide la actitud defensiva, y el Índice de Defensividad (DEF, por sus siglas en inglés), que mide tanto el manejo de la impresión positiva como la falta de disposición a considerar el tratamiento (Peebles y Moore, 1998). La utilidad de la escala PIM se ha investigado y validado exhaustivamente,

aunque parece menos eficaz para detectar la gestión de impresiones entre los padres implicados en audiencias de custodia (Harper et al., 2014; véase Paulino et al., 2024 para una visión general). Aunque el índice DEF ha resultado eficaz para detectar la infradeclaración, ha mostrado tasas de detección ligeramente inferiores en comparación con la escala PIM y depende más de la información proporcionada a los participantes (por ejemplo, el entrenamiento; véase Edens et al., 2001). Sin embargo, ambas escalas presentan ciertas limitaciones que indican que pueden mejorarse. Por ejemplo, hay casos de disimuladores instruidos que muestran perfiles «normales» en estos inventarios y en sus escalas de validez (véase Picard et al., 2022; Paulino et al., 2024). Además, tanto el MMPI como el PAI consumen mucho tiempo y son largos (nitems > 300), lo que puede hacerlos menos factibles en ciertas situaciones. Y lo que es más importante, las escalas de validez del MMPI y el PAI, que evalúan principalmente rasgos generales de personalidad indeseables, tienen una utilidad limitada para identificar las quejas específicas relacionadas con la salud que un examinado puede querer ocultar (véase Paulino et al., 2024). Para recopilar información más detallada sobre la ocultación de síntomas, las medidas independientes pueden tener un valor incremental. Las medidas independientes para evaluar la ocultación de síntomas son limitadas, especialmente en el contexto forense. La única medida independiente disponible hasta la fecha es la Escala de Supernormalidad (SS; Cima et al., 2003), que se refiere a la negación sistemática de los síntomas cotidianos sin tener en cuenta las

normas sociales. El SS incluye 37 ítems, algunos derivados de la escala de mentiras del MMPI, nuevos ítems supernormales e ítems distractores, clasificados en dos subescalas: supernormalidad y deseabilidad social. Las respuestas se registran como verdaderas o falsas, y las puntuaciones individuales de las subescalas se calculan junto con una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de las subescalas. La investigación con muestras forenses y comunitarias ha demostrado que la escala tiene una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest, aunque la especificidad es subóptima (42%). En 2008, Cima et al. revisaron la Escala de Supernormalidad (SS-R), aumentando el número de ítems a 50 y cambiando el formato de respuesta a una escala de acuerdo de 4 puntos (1-4). La escala revisada amplió su enfoque para incluir síntomas de trastornos del estado de ánimo, sintomatología obsesivo-compulsiva, psicosis y disociación, con una buena sensibilidad y especificidad (80% y 92%, respectivamente). A pesar de estos avances, el SS y el SS-R no abordan varias cuestiones que suelen interesar a muchos psicólogos forenses, como el comportamiento antisocial, el abuso de sustancias y la desviación sexual.

Inventario General de Comportamientos, Síntomas y Opiniones (GIBSO)

Considerando las limitaciones de los instrumentos actuales para evaluar el subregistro de síntomas, Bošković y Merckelbach (2024) desarrollaron el Inventario General de Comportamientos, Síntomas y Opiniones (GIBSO). El fundamento del GIBSO es similar al del SS, pero con



un enfoque más centrado en los comportamientos, la sintomatología y las opiniones comúnmente evaluados en el contexto forense. Por ejemplo, durante las evaluaciones de riesgo, las audiencias de libertad condicional y las evaluaciones de custodia, es crucial evaluar las quejas psicológicas, el comportamiento antisocial, la desviación sexual y los problemas somáticos (de Ruitter y Kaser-Boyd, 2016). Los autores revisaron la literatura actual y las medidas comúnmente utilizadas para la detección de estos temas: (1) comportamiento antisocial, como adicción (DSM-5 Addiction Checklist; American Psychiatric Association, 2013), impulsividad e ira (Anger Expression Scale; AEX; Spielberger et al., 1985); (2) problemas psicológicos, como depresión, ansiedad (Brief Symptom Inventory- 18; BSI-18, Derogatis, 2001) y trastorno de estrés postraumático (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al., 2013); (3) problemas somáticos (basado en una encuesta a gran escala de quejas físicas comunes en el público en general; Petrie et al., 2014); y (4) desviación sexual (fantasías sexuales relacionadas con la agresión; Bondü y Birke, 2021). Además, los ítems que evalúan las actitudes hacia la búsqueda de ayuda y la revelación se inspiraron en la escala DEF del PAI y en el Cuestionario de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMIQ; Luty et al., 2006). Tras una inspección minuciosa de las escalas mencionadas anteriormente, el primer autor (I.B.) redactó los ítems para los cuatro dominios primarios de interés, asegurándose de que los ítems captaran sólo las formas más comunes de comportamientos y síntomas relevantes sin aludir a formas extremas o



graves. Los ítems relacionados con las actitudes de búsqueda de ayuda se reformularon para reflejar las creencias de que los problemas no deberían discutirse con profesionales y que los individuos deberían manejar las perturbaciones de forma independiente. Es posible que las respuestas a estos ítems no indiquen directamente una infranotificación, pero podrían proporcionar información sobre si los motivos son externos (por ejemplo, obtener la custodia) o internos (por ejemplo, el estigma). El segundo autor de la escala (H.M.), que está familiarizado con las escalas existentes que abordan la ocultación de síntomas, fue consultado durante el procedimiento de creación de los ítems, y juntos los autores revisaron y refinaron los ítems a través de varias rondas, centrándose así en su relevancia y claridad de redacción. Una vez que ambos autores estuvieron de acuerdo en la calidad de los ítems, éstos se incluyeron en el conjunto final de ítems, resultando en una lista final de 45 ítems. Además, los autores de la GIBSO decidieron incluir dos ítems de comprobación de la atención para asegurarse de que los participantes leían los ítems detenidamente y respondían a ellos con atención. Asimismo, mediante dos ítems adicionales al final de la prueba (es decir, comprobaciones de fiabilidad), preguntamos explícitamente a los participantes sobre su comprensión de los ítems y las opciones de respuesta. Una respuesta negativa a estos dos ítems sirvió tanto de criterio de exclusión como de control de fiabilidad, garantizando que la puntuación total de la GIBSO se analizara e interpretara únicamente en el caso de los



participantes que comprendieron correctamente la prueba (Bošković y Merckelbach, 2024).

Estudio actual

Debido a las severas limitaciones observadas en el área, el objetivo del proyecto actual es adaptar a población española de la medida GIBSO recientemente desarrollada, utilizando la Escala de Supernormalidad (SS) original como criterio concurrente debido a su dependencia de la escala L del MMPI y su formato de respuesta similar (es decir, Sí-No).

Metodología

Participantes

Se contará con aproximadamente 250 estudiantes de grado de las Universidades de los autores. Para asegurarnos de que el estado de salud de los participantes es comparable, se les pedirá que valoraren su salud mental y física general utilizando una escala de 5 puntos antes de asignarlos a las distintas condiciones. Como criterios de inclusión se utilizarán: se utilizarán los siguientes criterios de selección i) ser mayor de edad (≥ 18 años); ii) ser capaz y estar dispuesto a firmar el consentimiento informado; iii) los dos controles experimentales; iv) proporcionar respuestas completas en todos los instrumentos administrados; y vi) no estar familiarizado con ningún diagnóstico ansioso-depresivo por haberlo sufrido o por tener a alguien en su entorno que tenga antecedentes.

Procedimiento

Los participantes serán divididos en las condiciones de control y disimulación. En la condición de control (es decir, honesta) recibirán instrucciones de responder honestamente a todas las medidas que se administrarán. En las condiciones de disimulación se les darán viñetas específicas para que las lean. En concreto, se les pedirá a los participantes que imaginen que se encontrarán en una entrevista de trabajo para un puesto de psicólogo junior, para la que deberán ocultar ciertas quejas/comportamientos. Por ejemplo, para las quejas psicológicas, se informará a los participantes de que el puesto vacante será en un centro de traumatología; para el comportamiento antisocial, en una comisaría de policía; para las quejas somáticas, en un centro deportivo muy respetable; y para la desviación sexual, en un centro para delincuentes sexuales. También se instruirá a los participantes para que sean realistas en su ocultación y no se excedan. Además de las pruebas de sesgo de respuesta, es decir, GIBSO y SS, a todos los participantes se les administrarán escalas clínicas que abordarán los temas de interés. Esto nos permitirá examinar si los participantes serán específicos en sus presentaciones en lugar de optar por una ocultación general.

El estudio se realizará online a través de la plataforma Qualtrics. Se facilitará el enlace a los estudiantes de las universidades de los autores tras su presentación en una de las asignaturas impartidas por los mismos. Tras inscribirse, se pedirá a los participantes que den su consentimiento

informado y que respondan a preguntas sobre sus antecedentes (nacionalidad, edad, sexo, dominio del inglés y salud física y mental). A continuación, los participantes serán asignados aleatoriamente (preestablecidos por Qualtrics) a diferentes condiciones. Tras leer las instrucciones, se administrará la medida a todos los participantes sin un orden aleatorio. Una vez respondan, se les pedirá que evalúen el estudio (claridad y dificultad de nuestras preguntas y tareas) y su motivación para participar. Por último, se informará a todos los participantes y se les pedirá permiso para utilizar sus datos. Los participantes serán compensados por su participación con créditos de investigación.

Instrumentos de medida

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) La DASS-21 es una forma más corta de la escala DASS original, que incluye 42 ítems que abordan las quejas de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se valora en una escala de 4 puntos (0 = no se aplica a mí en absoluto, 3 = se aplica a mí mucho o la mayor parte del tiempo).

Cuestionario de Agresión Buss-Perry (BPAQ; Buss y Perry, 1992). El BPAQ es una medida de autoinforme de agresión, que contiene 29 ítems. El formato de respuesta es una escala Likert de 5 puntos, en la que los participantes indican en qué medida cada ítem es característico de su conducta (1 = extremadamente poco característico, 5 = extremadamente característico)

Test de Detección del Consumo de Drogas (DAST-10, Skinner, 1982). El DAST-10 es una medida de autoinforme del consumo de drogas y es una versión abreviada del DAST original que incluye 28 ítems (Skinner, 1982). Los ítems se refieren al consumo de drogas durante los últimos 12 meses, y los participantes responden con «Sí» o «No» a cada pregunta. La suma de respuestas afirmativas es un índice de la gravedad del abuso de drogas (Bohn et al., 1991).

Nivel 2 Síntoma Somático-Paciente Adulto, Cuestionario de Salud del Paciente Síntomas Físicos (PHQ-15 adaptado; Kroenke et al., 2002). Esta escala fue adaptada del PHQ-15, e incluye 15 ítems a los que una persona puede responder con 0, 1 o 2 para indicar lo molesta que está con una determinada queja física (0 = nada, 2 = molesta mucho). Las respuestas se suman, y la puntuación total oscila entre cero y 30, indicando las más altas más síntomas y quejas somáticas autodeclarados.

Escala de intereses sexuales atípicos (ASIS; Rowlands et al., 2023). La ASIS mide seis dominios de intereses sexuales a través de 34 ítems. El formato de respuesta es una escala Likert de 4 puntos, con opciones que van de 0 a 3 (siendo 0 nunca/nada/nada y 3 muy a menudo/severo/muchas veces/más de un año). Sólo se utilizan las puntuaciones de las subescalas: devotismo, voyeurismo, exhibicionismo, frotteurismo, masoquismo y sadismo. Las puntuaciones de las subescalas se calculan sumando todos los ítems relevantes (Rowlands et al., 2023).



Escala de supernormalidad (SS; Cima et al., 2003), La SS incluye 37 ítems, que pueden agruparse en dos categorías: ítems que abordan la supernormalidad e ítems que cubren la deseabilidad social. El formato de respuesta es dicotómico (es decir, «verdadero» frente a «falso»). Después de recodificar los ítems invertidos, se suman las puntuaciones verdaderas de ambas subescalas, por separado, y de la escala completa (es decir, la puntuación total de SS).

Resultados esperados

Se espera que el Inventario General de Comportamientos, Síntomas y Opiniones (GIBSO) adaptado a población española muestre una buena sensibilidad para detectar la disimulación de síntomas en contextos simulados de evaluación forense, diferenciando significativamente entre participantes en la condición control y aquellos en condiciones de disimulación. En particular, se anticipa que las puntuaciones en el GIBSO serán más bajas en las condiciones de disimulación, reflejando un patrón sistemático de subregistro en los dominios evaluados (psicológicos, somáticos, antisociales y de desviación sexual), en comparación con la condición control.

Además, se espera que el GIBSO presente correlaciones moderadas a altas con la Escala de Supernormalidad (SS), lo que respaldaría su validez concurrente. Sin embargo, se prevé que el GIBSO ofrezca una mayor especificidad en la detección de la disimulación en dominios clínicamente



relevantes, mostrando mayor capacidad para identificar patrones de ocultación específicos en lugar de una deseabilidad social global.

También se espera que el GIBSO mantenga adecuadas propiedades psicométricas, incluida una alta consistencia interna y una adecuada validez convergente y discriminante con las escalas clínicas utilizadas (DASS-21, BPAQ, DAST-10, PHQ-15, ASIS). Por último, se prevé que las respuestas a los ítems de actitudes hacia la ayuda profesional puedan arrojar indicios sobre la motivación subyacente a la disimulación, permitiendo distinguir entre motivaciones internas (por ejemplo, estigma) y externas (por ejemplo, obtener una ventaja situacional), lo cual ampliaría la utilidad clínica y forense del instrumento.

El GIBSO representa una innovación significativa en el ámbito de la evaluación forense, ya que actualmente es la única medida independiente a nivel mundial específicamente diseñada para detectar la disimulación de síntomas en contextos clínicos y legales. Su desarrollo responde a la necesidad urgente de instrumentos más sensibles y específicos que superen las limitaciones de las escalas tradicionales. La implementación del GIBSO en España no solo marca un hito por ser la primera adaptación de esta medida en el país, sino que también posiciona este estudio como pionero en la validación y aplicación de herramientas avanzadas para la detección del sesgo de respuesta positiva. Esta exclusividad refuerza la relevancia del proyecto y su potencial para mejorar las prácticas de evaluación psicológica forense en el contexto hispanohablante.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Baer, R. A., y Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14(1), 16–23.
- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2020). *MMPI-3: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., Heilbrun, K., y Rizzo, M. (2022). Using the MMPI-3 in legal settings. *Journal of Personality Assessment*, 104, 162–178.
- Bohn, M., Babor, T., y Kranzler, H. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence*, 119, 233–235.
- Bondü, R., y Birke, J. B. (2021). Aggression-related sexual fantasies: Prevalence rates, sex differences, and links with personality, attitudes, and behavior. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1383–1397.
- Boskovic, I. (2019). *A Multi-Method Approach to the Detection of Fabricated Symptoms* [Doctoral dissertation, Maastricht University].

- Boskovic, I. (2020). Do motives matter? A comparison between positive and negative incentives in students' willingness to malingering. *Educational Psychology, 40*(8), 1022–1032.
- Bošković, I., y Merckelbach, H. (2024). *The General Inventory of Behaviours, Symptoms, and Opinions (GIBSO)*. Unpublished manual.
- Boskovic, I., Merckelbach, H., Merten, T., Hope, L., y Jelacic, M. (2019). The Self-Report Symptom Inventory as an instrument for detecting symptom over-reporting. *European Journal of Psychological Assessment, 36*, 730.
- Boskovic, I., Puente-López, E., Dandachi-FitzGerald, B., y Merckelbach, H. (2024b). The prevalence of feigning and concealment of COVID-19 infections in an international sample. *Journal of Health Psychology, 29*(6), 595–607.
- Boskovic, I., y Akca, A. Y. E. (2022). Presenting the consequences of feigning: Does it diminish symptom overendorsement? An analog study. *Applied Neuropsychology: Adult, 1–10*.
- Boskovic, I., Giromini, L., Katsouri, A., Tsvetanova, E., Fonse, J., y Merckelbach, H. (2024a). The spectrum of response bias in trauma reports: Overreporting, underreporting, and mixed presentation. *Psychological Injury and Law, 1–12*.
- Buss, A. H., y Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452–459.



- Butcher, J. N., Graham, J. R., y Ben-Porath, Y. S. (1995). Methodological problems and issues in MMPI, MMPI-2, and MMPI-A research. *Psychological Assessment*, 7(3), 320.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach-Matties, R., y Muris, P. (2003). The other side of malingering: Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(2), 235–243.
- Cima, M., Van Bergen, S., y Kremer, K. (2008). Development of the Supernormality Scale-Revised and its relationship with psychopathy. *Journal of Forensic Sciences*, 53(4), 975–981.
- De Page, L., y Merckelbach, H. (2021). Associations between supernormality ('faking good'), narcissism and depression: An exploratory study in a clinical sample. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 28(1), 182–188.
- de Ruiter, C., y Kaser-Boyd, N. (2016). *Forensic psychological assessment in practice: Case studies*. Taylor & Francis.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson.
- Edens, J. F., Cruise, K. R., y Buffington-Vollum, J. K. (2001). Forensic and correctional applications of the Personality Assessment Inventory. *Behavioral Sciences & the Law*, 19(4), 519–543.
- Harper, J. M., Schmidt, F., Cuttress, L. J., y Mazmanian, D. (2014). An examination of positive impression management validity scales in the context of parenting capacity assessments. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14(2), 102–126.

- Kinrade, C., Hart, W., y Lambert, J. T. (2022). Sadistic responses to inciting nonsexual vs. sexual pain: Evidence for distinctions between everyday and sexual sadism. *Personality and Individual Differences*, 199, 111866.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Levashina, J. (2018). Evaluating deceptive impression management in personnel selection and job performance. En R. Rogers y S. D. Bender (Eds.), *Clinical Assessment of malingering and deception* (pp. 530–552). Guilford Publications.
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation.
- Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., y Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, 30(7), 257–260.
- Merckelbach, H., Smeets, T., y Jelacic, M. (2009). Experimental simulation: Type of malingering scenario makes a difference. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(3), 378–386.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., y Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102–111.

- Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Boskovic, I., Puente-López, E., y Merckelbach, H. (2022). The Self-Report Symptom Inventory. *Psychological Injury and Law*, 15(1), 94–103.
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory*. Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2014). The personality assessment inventory. *Personality assessment* (pp. 181–228). Routledge.
- Paulino, M., Edens, J. F., Moniz, M., Moura, O., Rijo, D., y Simões, M. R. (2024). Personality assessment inventory (PAI) in forensic and correctional settings: A comprehensive review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 103, 102661.
- Peebles, J., y Moore, R. J. (1998). Detecting socially desirable responding with the Personality Assessment Inventory: The Positive Impression Management scale and the Defensiveness index. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 621–628.
- Petrie, K. J., Faasse, K., Crichton, F., y Grey, A. (2014). How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *British Medical Journal Open*, 4(6), e005374.
- Picard, E., Aparcero, M., Nijdam-Jones, A., y Rosenfeld, B. (2022). Identifying positive impression management using the MMPI-2 and the MMPI-2-RF: A meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(3), 545–561.

- Puente-López, E., Pina, D., López-Nicolás, R., Iguacel, I., y Arce, R. (2023). The Inventory of Problems–29 (IOP-29): A systematic review and bivariate diagnostic test accuracy meta-analysis. *Psychological Assessment*, 35(4), 339.
- Rogers, R. (2018). An introduction to response styles. En R. Rogers y S. D. Bender (Eds.), *Clinical Assessment of malingering and deception* (pp. 3–18). Guilford Publications.
- Rowlands, M. T., Morrison, F. P., Brock, E., Stocker, H., Green, R. A., Marks, D., y Castano, D. (2023). Development of the atypical sexual interests (self-report) scale: The dimensional structure of paraphilia. *Psychiatry, Psychology and Law*, 30(6), 863–887.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviour*, 7(4), 363–371.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., Crane, R. S., Jacobs, G. A., y Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. En M. A. Chesney y R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders* (pp. 5–30). Hemisphere.
- van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., y Merten, T. (2014). The structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336–1365.



- 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.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD.
- Whitman, M. R., Tylicki, J. L., Mascioli, R., Pickle, J., y Ben-Porath, Y. S. (2021). Psychometric properties of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3) in a clinical neuropsychology setting. *Psychological Assessment*, 33(2), 142–155.
- Young, G. (2014). Malingering, feigning, and response bias in psychiatric/psychological injury. *International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, 56, 817–856.



ANEXO III.

CONVOCATORIA 2025

PREMIOS CÁTEDRA MAZ-UNIZAR

a la mejor Tesis Doctoral, al mejor Trabajo Fin de la Especialidad MIR de Medicina del Trabajo, al mejor Trabajo Fin de Máster (TFM) y Trabajo Fin de Grado (TFG)

Tema: MEDICINA DEL TRABAJO

1. Objetivos

La Cátedra MAZ convoca la sexta edición de los premios a la mejor tesis doctoral, al mejor Trabajo Fin de la Especialidad MIR de Medicina del Trabajo, mejor trabajo de fin de máster (TFM) y trabajo fin de grado (TFG).

El tema de la Tesis y de los trabajos debe estar **relacionado con la Medicina del Trabajo** desde cualquier perspectiva (incluidos aquellos llevados a cabo desde una vertiente no médica).

Las solicitudes serán presentadas por los interesados siguiendo el procedimiento que se indica en esta convocatoria y deberán cumplir las siguientes condiciones:

- Los solicitantes del premio a la mejor tesis doctoral serán doctores que hayan defendido su **TESIS DOCTORAL** con calificación *sobresaliente cum laude* en los años 2024 o 2025.
- Podrán optar al premio al mejor **Trabajo de Fin de la Especialidad de Medicina del Trabajo** aquellos profesionales que hayan finalizado dicha especialidad en los años 2024 o 2025. El trabajo deberá haber sido realizado de forma individual y presentado al término de la formación como MIR/EIR en la especialidad de Medicina del Trabajo.
- Los solicitantes del premio al mejor **TRABAJO DE FIN DE MÁSTER** (realizado al concluir un **máster oficial que otorgue acceso al doctorado**) habrán defendido públicamente su trabajo de fin de máster en los años 2024 o 2025, obteniendo al menos la calificación de *sobresaliente*.
- Los solicitantes del premio al mejor **TRABAJO DE FIN DE GRADO** (realizado al concluir un **grado**) habrán defendido públicamente su trabajo de fin de grado durante el curso 2024-25 obteniendo al menos la calificación de *sobresaliente*.

2. Documentación a presentar

La documentación que ha de acompañar la solicitud consistirá en un documento en *pdf*, que obligadamente contendrá la información siguiente:

- *Datos del candidato* (nombre y apellidos, DNI e información/datos de contacto). E-mail de contacto, que son precisos para las comunicaciones.
- *Título de la Tesis o trabajo fin de estudios*
- *Director(es), Departamento(s) y Universidad. Unidad Docente o Escuela en el caso del trabajo de fin de especialidad.*
- *Breve resumen de la Tesis o del trabajo fin de estudios.*

Además, se enviará:

- *Ejemplar de la Tesis o del trabajo fin de estudios en formato pdf.*
- *Documento que acredite debidamente la fecha de presentación y la calificación obtenida.*
- *Publicaciones:*
Enumeración de publicaciones derivadas directamente de la tesis doctoral, del TFM, del trabajo de fin de especialidad como MIR o del TFG. Por cada publicación se deberá indicar: el número de autores y la posición del candidato entre ellos; los indicios de calidad (índice JCR y posición relativa para revistas, posición en el ranking GGS2018-19 para trabajos en conferencias, etc.).
- *Otros Méritos:*
 - *Comunicaciones a congresos internacionales y nacionales*
 - *Cooperación nacional demostrada*
 - *Cooperación internacional demostrada*
 - *Pertenencia a grupos de investigación*

Se tendrán en cuenta los méritos derivados de la tesis que hayan sido producidos, publicados o aceptados para su publicación a fecha: 30 de septiembre de 2025.

La comisión evaluadora del premio podrá solicitar a los candidatos información adicional y justificaciones sobre la documentación presentada si lo considera oportuno. No será posible aportar nuevos resultados o méritos en esta fase.

3. Fechas

- Recepción de solicitudes: hasta el 30 de septiembre de 2025 (incluido).
- La resolución se hará efectiva antes del 15 de diciembre de 2025. Se publicará en el boletín iUnizar de la Universidad de Zaragoza. Además, se informará a los premiados por e-mail (en la dirección que hayan hecho constar en su solicitud).

4. Premios

- Se otorgará un premio a la mejor Tesis Doctoral dotado con **1.000€ y diploma acreditativo**.
- Se otorgará un premio al mejor Trabajo Fin de Estudios MIR dotado con **250€ y diploma acreditativo**.
- Se otorgará un premio al mejor Trabajo Fin de Máster dotado con **500€ y diploma acreditativo**.
- Se otorgará un premio al mejor Trabajo Fin de Grado dotado con **250€ y diploma acreditativo**.
- Los premios se entregarán durante las Jornadas anuales de la Cátedra MAZ en Zaragoza. La fecha se comunicará oportunamente con la debida antelación a los galardonados. Durante esas Jornadas los premiados presentarán brevemente (por un tiempo de 10 a 15 minutos) su trabajo de investigación.
- Los gastos de traslado y alojamiento para asistir a las Jornadas y recibir el premio, en el caso de que así se precise porque el/la galardonado/a hayan de desplazarse desde fuera de Zaragoza a recoger la distinción recibida, serán sufragados por la Cátedra MAZ – Universidad de Zaragoza.
- Los premios se podrán declarar desiertos en el caso de que, a juicio del jurado, los trabajos candidatos no cumplan requisitos de calidad científica suficientes.
- Si en alguna categoría se dejase vacante el premio, se podrá utilizar el importe para otra categoría si, así lo estima pertinente la comisión de valoración.
- Para todas las categorías de los trabajos fin de estudios se podrá flexibilizar, según el criterio de la Comisión evaluadora, el requisito de la calificación obtenida por el tribunal evaluador del centro en el que se defiende el trabajo. De manera que la calidad del trabajo realizado pueda tomarse en consideración por encima de las valoraciones de los centros que muestras amplia variación de unos centros a otros dentro de un mismo campus, incluso de unos tribunales a otros en algunos casos. En caso de empate sean las publicaciones en revistas con factor de impacto según JCR las que permitan priorizar un candidato sobre otro.

5. Comité de Selección

En la edición de 2025 el Comité de Selección estará constituido por los siguientes miembros:

Presidente/a: Dña. Begoña Martínez Jarreta (Directora de la Cátedra y Catedrática de Mly F y especialista en Medicina del Trabajo UNIZAR).

Secretario/a: D. Aurelio Luna Maldonado (Catedrático de Universidad de Murcia y especialista en Medicina del Trabajo).

Vocal 1: D. Carlos Val-Carreres Guinda (Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Zaragoza y Cirujano General de Aparato Digestivo).

Vocal 2: D.ª Caridad Sánchez Acedo (Catedrática de UNIZAR y miembro de la Real Academia de Medicina de Zaragoza)

Vocal 3: D. Guillermo de Vilchez Lafuente (Director Gerente de MAZ).

Vocal 4: Dña. Belén Lacárcel Tejero (Responsable médico de contingencia profesional de Mutua MAZ y Cátedra MAZ)

Vocal 5: Dña. Elena Budría Laborda (Jefa de Unidad de Medicina de Trabajo)

6. Méritos preferentes a valorar

Se valorarán como méritos preferentes:

- La publicación de los resultados de investigación en revistas JCR (*Journal Citation Reports; Web of Science; <https://idp.fecyt.es>*) correspondientes al primer o segundo cuartil de su categoría.
- La presentación de comunicaciones que versen sobre los resultados de investigación en Congresos Internacionales con *peer-review* y secundariamente en Congresos Nacionales.
- Colaboración con grupos de investigación internacionales para la realización del trabajo de investigación o la línea de investigación en la que se enmarca.
- Conferencias y proyección internacional del trabajo de investigación científica con el que se concurre al premio.



7. Forma de envío

- **Modo de presentación:** las solicitudes se enviarán por correo electrónico a la Unidad de Gestión de Cátedras de la Universidad de Zaragoza catedramaz@unizar.es indicando en el asunto:
 - Cátedra MAZ / Tesis
 - Cátedra MAZ / MIR
 - Cátedra MAZ / TFM
 - Cátedra MAZ / TFG
- **Contacto y comunicaciones:** En caso de que fuese necesario, se contactará con los premiados en el correo electrónico que hayan indicado en sus solicitudes.

8. Aceptación de las bases

La participación en esta convocatoria supone la aceptación expresa por parte del candidato de estas bases en su integridad, así como la asunción completa de responsabilidad respecto a que los trabajos y publicaciones aportados para avalar la tesis, trabajo fin de estudios de residencia MIR, trabajo de fin de máster o el trabajo fin de grado con el que concurre, así como que la propia tesis y los trabajos fin de estudios son originales, y que no se ha incurrido en plagio o vulneración de derechos a terceros.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de las candidaturas presentadas, y todas las candidaturas, excepto las premiadas, se mantendrán en estricto secreto.