

Evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar

Ramón Arce*, Francisca Fariña** e Irene Quinteiro*

*Universidad de Santiago de Compostela (España) y **Universidad de Vigo (España)

La evaluación forense del daño psicológico precisa del diagnóstico del daño válido para el contexto forense y del diagnóstico diferencial de simulación, lo que requiere una evaluación multimétodo: entrevista clínica-forense e instrumentación psicométrica. Para el acoso escolar, no se ha contrastado la eficacia de ningún instrumento psicométrico. Por ello, mediante un diseño experimental de simulación se planeó un estudio para contrastar la capacidad de simulación en el SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002), así como la eficacia de los índices de validez en la detección de ésta. Ciento diez adolescentes respondieron al SCL-90-R bajo condiciones de respuesta estándar y de respuesta de simulación de daño. Los resultados mostraron una capacidad de simulación del 100%, al tiempo que simulaban otros trastornos no relacionados. En relación al diagnóstico diferencial de simulación, los índices de validez discriminaron significativamente entre protocolos honestos y simulados. La exactitud de clasificación de los índices resultó muy satisfactoria. No obstante, el 9.1% de los protocolos simulados no fue clasificado correctamente como tales (falsos positivos); el 5.4% lo fue por un criterio; el 7.3% por dos; y el 78.2% por 3. En conclusión, la evaluación en el SCL-90-R no es prueba forense suficiente, pero puede resultar complementaria de la entrevista clínica-forense.

Palabras clave: Acoso escolar, evaluación forense, diagnóstico diferencial, simulación, daño psicológico.

Malingering forensic evaluation in bullying cases. Psychological injury forensic evaluation requires the diagnostic of the psychological injury and a differential diagnosis of simulation. This double objective demands the assumption of a multimethod approach: psychometric instruments and clinical-forensic interview. As for the bullying, none psychometric instrument was submitted to proof. Thus, a simulation experimental design was planned to contrast the aptitudes of malingerers to fake in the SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002), as well as efficacy of the validity indexes to detect malingering. One hundred ten adolescents responded to the SCL-90-R under standard instructions and, a week later, under instructions to malingering the psychological injury. Results showed that participants were able to malingering effectively the psychological injury on the SCL-90-R. Nevertheless, malingerers also self-reported non-expected disorders. For the simulation differential diagnosis, GSI, PST and PSDI validity indexes discriminated significantly between honest and malingered responses. Classification accuracy of malingering indexes was satisfactory. In the case classification, all criteria failed to classify 9.1% of the malingered protocols; 5.4% was classified for one; 7.3% for two; and 78.2% for three. In conclusion, the SCL-90-R is not a sufficient proof for the psychological injury evaluation and differential diagnosis of simulation, but it may be useful as a complement of the clinical-forensic interview.

Keywords: Bullying, forensic assessment, differential diagnosis, malingering, psychological injury.

Fecha de recepción: 19/02/2013 • Fecha de aceptación: 10/04/2013
Correspondencia: Ramón Arce
Facultade de Psicoloxía
Campus Vida, s/n. C.P. 15782, Santiago de Compostela (España)
Correo electrónico: ramon.arce@usc.es

La producción científica de la psicología forense española se encuentra plenamente consolidada, acompañada de un gran tasa de conocimiento a la práctica profesional (Arch, Pe-

reda, Jarne-Esparcia, Andrés, y Guárdia-Olmos, 2010), siendo uno de los campos más destacados la evaluación forense del daño (Quevedo-Blasco, Ariza, y Raya, 2012). La evaluación forense del daño no es una extensión de la evaluación clínica ya que, en el contexto forense, se requiere previamente un diagnóstico diferencial de simulación, en tanto que en el clínico se ha diagnosticar cualquier otro trastorno si el paciente reúne los criterios de otro trastorno mental. Aproximadamente, el 80% de los pacientes con un Trastorno por Estrés Postraumático (huella o daño psicológico) presentan, al menos, un trastorno psiquiátrico comórbido (Grinage, 2003). Adicionalmente, los criterios clínicos diagnósticos de la simulación resultan en una tasa de error en la clasificación de la simulación superior al 80% (Rogers y Vitacco, 2002).

A este respecto, la evaluación forense necesita de medidas combinadas: entrevista clínica y evaluación psicométrica (Graham, 2006). El instrumento psicométrico de referencia en la evaluación forense es el MMPI y, en poblaciones adolescentes, el MMPI-A. No obstante, prácticamente no hay evidencia científica de su validez en muestras forenses de adolescentes, generalizándose los resultados de adultos, lo que no es válido (Salekin, Kubak, y Lee, 2008); no existen criterios de decisión contrastados (Rogers, Sewell, Martin, y Vitacco, 2003); no es aplicable a menores de 14 años; requiere una formación y capacidades para su cumplimentación; es demasiado largo en su aplicación; y tiene una amplia fijación en los contenidos internalizantes de la salud, cuando en niños y adolescentes tienen un alto peso los externalizantes. Todo ello aconseja avanzar en el estudio de éste y otros instrumentos. Aunque el SCL-90-R (Derogatis, 1977) es un instrumento puramente clínico, sin pretensiones forenses, hay evidencia científica de que su uso en el contexto forense también es viable. De hecho, las dimensiones clínicas incluyen categorías diagnósticas de relevancia forense (*e.g.*, psicoticismo, paranoia, depresión, ansiedad), al tiempo que de los síntomas se pueden extraer otros trastornos; e índices globales que pueden ser interpretados como índices de validez. Originaria-

mente y dado que el instrumento tiene un objetivo clínico, Derogatis (1977) propuso su interpretación como una tendencia inconsciente o estilo de respuesta “aumentador” y “reductor”, según se detectara, respectivamente, una sobreinformación o negación de síntomas o de severidad. Sin embargo, en el contexto de evaluación forense, dichos estilos han de interpretarse como intentos conscientes de manipulación de las respuestas (American Psychiatric Association, 2002).

Se cuenta con escasa evidencia científica de la validez del SCL-90-R en el contexto forense, la cual lo valida como herramienta útil en la evaluación de la salud mental y del diagnóstico diferencial de simulación. Así, se ha encontrado, tanto en adultos como en menores, que discriminaba la huella psicológica de víctimas genuinas y simuladas y los índices de validez clasificaban correctamente a víctimas simuladas y genuinas de dolor crónico (McGuire y Shores, 2001), de trastorno por estrés postraumático (Carmody y Grossman, 2005), de violencia de género (Vilariño, Fariña, y Arce, 2009) o de fibromialgia (Torres et al., 2010).

Como consecuencia de este estado de la cuestión, nos hemos planteado un estudio con el SCL-90-R como instrumento de medida, con un diseño de simulación, para conocer la habilidad de simulación de menores de las secuelas del acoso escolar, la discriminación en respuestas honestas y simuladas de daño, y la eficacia de los índices de validez en la detección de la simulación.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 110 estudiantes de 3º y 4º de la ESO que cursaban sus estudios en la comarca de Santiago de Compostela (España). La muestra estaba compuesta por 55 chicas y 55 chicos, todos mayores de 13 años y con una edad media de 14.85 años ($DE = 0.89$, rango: 14-16 años); 64 (58.2%) cursaban 3º de la ESO y 46 (41.8%) 4º de la ESO, $\chi^2(1) = 2.95$, *ns*; 59 (53.6%) estudiaban en centros públicos/concertados y 51 (46.4%) en colegios privados, $\chi^2(1) = 0.58$, *ns*.

Diseño y procedimiento

Se planificó un diseño experimental de simulación con medidas repetidas (Fariña, Arce, y Sotelo, 2010; Rogers, 2008a) para conocer los efectos del factor instrucciones de respuesta (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación) en la salud mental y en los índices de validez del SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002). Computada la sensibilidad del diseño para la ejecución de un MANOVA de medidas repetidas con una muestra de 110 sujetos, la probabilidad $(1-\beta)$ de detectar diferencias significativas $(\alpha < .05)$ para un tamaño del efecto medio $(f = .25)$, un factor intra-sujetos con dos niveles, con un número de medidas entre 3 y 9 y una correlación promedio entre las medidas repetidas de .157 y .162 (para las 3 y 9 medidas, respectivamente), es del 99%. Asimismo, para la comparación de una media con un valor dado (t para una muestra) y un tamaño del efecto medio $(d < .50)$, la sensibilidad del diseño es del 99.9%.

Los sujetos participaron de forma voluntaria. El diseño del estudio contó con la aprobación previa y el permiso de los centros para la evaluación, así como del consentimiento por escrito para la participación tanto paterno como de los propios evaluados. Una vez obtenidos, se procedió con la evaluación. En la primera medida los participantes respondieron al SCL-90-R bajo las instrucciones estándar que aparecen en el instrumento. Al finalizar la evaluación, que tomó entre 10 y 15 minutos, los participantes fueron instruidos en las instrucciones de simulación. Éstas consistían en pedirles que intentaran simular el daño psicológico consecuencia de acoso escolar en una evaluación posterior; que se entrenaran para ello (no se les administró instrucción específica alguna de entrenamiento) y en no ser detectados en el engaño. La advertencia de que sus respuestas van a ser sometidos a técnicas de detección de la simulación tiene un efecto directo en las estrategias de simulación (King y Sullivan, 2009). Aproximadamente una semana después fueron evaluados en el SCL-90-R bajo las instrucciones de simulación. Para contrastar la oportunidad del diseño e implicación de los participantes (Rogers, 2008b), se prestó especial atención a que las

instrucciones fueran comprensibles, lo que fue verificado en estudios previos (Arce, Fariña, Carballeda, y Novo, 2006, 2009), específicas y contextualizadas para casos de acoso escolar.

Finalmente, se procedió a un *debriefing* en el que se prestó atención a si los participantes habían ejecutado la tarea de forma satisfactoria (recuerdo y comprensión de las instrucciones), a la motivación para participar, y a la preparación y grado de implicación en la tarea. De este modo, se supo que los participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente y que se habían implicado en la misma. Los resultados confirmaron la comprensión de la tarea e implicación de los participantes, ya que todos simularon las secuelas psicológicas de la victimización de acoso escolar.

Instrumento

Como instrumento de medida se tomó el SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002), que evalúa nueve dimensiones clínicas (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) y tres indicadores globales de severidad (Índice de Severidad Global, Total de Síntomas Positivos, Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos). Estos tres índices globales de severidad también sirven para identificar si el estilo de respuesta del sujeto es aumentador/minimizador de sintomatología (tendencia inconsciente), o simulador/disimulador (tendencia consciente). Con los participantes en el estudio, la escala se mostró fiable, oscilando entre .764 para la dimensión de psicoticismo y .902 para depresión (ver Tabla 1). Se aplicó la traducción española del *checklist* (Derogatis, 2002), pero los baremos de contraste fueron de la versión norteamericana (Derogatis, 1977), porque en la versión española no están disponibles baremos para adolescentes. El instrumento evalúa, a semejanza del DSM-III-R, síntomas clínicos verificados empíricamente para cada dimensión clínica, y éstos son universales por lo que se pueden generalizar baremos. Lo contrario lleva a que la impresión clínica diagnóstica pueda ser diferente para un mismo sujeto en un contexto

Tabla 1. *Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra del estudio.*

Factores	Alpha de Cronbach
Somatización	.857
Obsesivo-Compulsivo	.796
Susceptibilidad Interpersonal	.883
Depresión	.902
Ansiedad	.777
Hostilidad	.784
Ansiedad Fóbica	.836
Ideación Paranoide	.866
Psicoticismo	.764

u otro, lo que no es admisible. En todo caso, en términos clínicos ha de tenerse presente que la aplicación del instrumentos se limita a impresiones diagnósticas.

Consideraciones éticas

Todos ellos prestaron consentimiento por escrito. Como, de acuerdo a la política legislativa del Código Civil, Código Penal y Ley de Protección Jurídica del Menor, los menores de 13 años están impedidos para prestar consentimiento a la evaluación psicológica que se le requiere para participar en esta investigación, se excluyeron aquellos con 13 o menos años. Además, dado que hasta la edad de 16 años, los menores no están capacitados legalmente para emanciparse, solicitamos un consentimiento paterno por escrito para la evaluación. Adicionalmente, se si-

guieron todos los cánones establecidos por la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados

Estado clínico de los participantes en condiciones de respuesta bajo instrucciones estándar

Los resultados del análisis del contraste de medias de los participantes en este estudio con los valores normativos el Manual del SCL-90-R para adolescentes (ver Tabla 2), evidencian que la población de participantes es mentalmente sana de modo que o bien la media de esta población es igual, o es inferior en las 9 nueve dimensiones a la de la población normativa para adolescentes. En consecuencia, la población del estudio es mentalmente sana por lo que los efectos observados en la evaluación

Tabla 2. *Escalas Básicas de Evaluación clínica del SCL-90. Valores "t" para una muestra con valor de contraste la media de grupo normativo de adolescentes.*

Variable	t	p	M _{ic}	M _{PG}
Somatización	-3.38	.001	0.44	0.61
Obsesivo-Compulsivo	-1.91	.059	0.79	0.91
Susceptibilidad Interpersonal	-6.35	.497	0.62	0.99
Depresión	2.43	.017	0.64	0.80
Ansiedad	-6.78	.001	0.36	0.66
Hostilidad	-0.66	.509	0.73	0.88
Ansiedad Fóbica	-7.19	.000	0.19	0.39
Ideación Paranoide	-4.31	.000	0.63	0.91
Psicoticismo	-10.83	.000	0.25	0.63

Nota. gl(109); M_{ic} = Media de la condición *respuestas bajo instrucciones estándar*; M_{PG} = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población Adolescente no clínica del Manual del SCL-90-R (Derogatis, 1977).

Tabla 3. Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del SCL-90-R por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas). Efectos intra-sujetos.

Escala	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>Mie</i>	<i>Mis</i>	$1-\beta$
Somatización	254.32	.000	.702	0.44	2.16	1.00
Obsesivo-Compulsivo	341.11	.000	.760	0.79	2.47	1.00
Susceptibilidad Interpersonal	799.34	.000	.881	0.62	2.91	1.00
Depresión	472.83	.000	.814	0.64	2.84	1.00
Ansiedad	688.28	.000	.864	0.36	2.63	1.00
Hostilidad	159.78	.000	.597	0.73	2.27	1.00
Ansiedad Fóbica	836.94	.000	.886	0.19	2.63	1.00
Ideación Paranoide	545.90	.000	.835	0.63	2.74	1.00
Psicoticismo	328.43	.000	.753	0.25	2.16	1.00

Nota. $g(1, 108)$; *Mie* = Media de la condición respuestas bajo instrucciones estándar; *Mis* = Media de la condición respuestas bajo instrucciones de simulación.

psicopatológica bajo condiciones de simulación no estarán contaminados por la salud mental original de la población del estudio.

Estudio del efecto de las instrucciones de simulación en la psicopatología informada

Los resultados mostraron un efecto significativo para el factor instrucciones (estándar vs. simulación) en victimización psicológica, $F(9, 100) = 112.66$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .910$, $1-\beta = 1.00$. En suma, las instrucciones median diferencias en la salud mental informada, explicando dicho factor el 91% de la varianza, un tamaño del efecto más que grande ($f > 1.75$), casi perfecto, $f = 3.18$.

Los efectos univariados, que pueden verse en la Tabla 3, muestran diferencias significativas en las 9 escalas clínicas básicas del SCL-90-R. Sucintamente, las respuestas bajo instrucciones de simulación de acoso informan todos los trastornos clínicos evaluados (i.e., somatización, obsesivo compulsivo, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) de caso clínico (en todas las escalas, la media bajo instrucciones de simulación supera una puntuación T de 63, esto es, de caso clínico, en los baremos de población adolescente del Manual del SCL-90-R). Dado que la dirección de los efectos se produce en la dirección esperada; esto es, un aumento de las puntuaciones en la condición de simulación, los resultados apoyan una aptitud general para la simulación en una tarea de respuesta psicométrica. Dicha aptitud es, además, efectiva en la

medida indirecta por excelencia del daño psíquico producido por el acoso, la depresión, y en la otra patología comórbida, ansiedad, somatización y sensibilidad interpersonal (problemas en las relaciones interpersonales). Ahora bien, otras patologías como el psicoticismo, informado en niveles de caso clínico ($T > 63$) no es propia de acoso, sino más bien de puntuaciones moderadas, propias de sentimientos de alienación. Tampoco la hostilidad manifiesta ($T > 63$) es característica de la victimización de acoso. Muy por el contrario, la victimización de acoso se asocia a la apatía, indolencia y autoagresión, pero no a la agresión externa. Asimismo, cierta sintomatología paranoide puede relacionarse con la victimización de acoso, pero no hasta niveles de ideación delirante, como es informada por los participantes bajo instrucciones de repuestas simuladas. Finalmente, el trastorno obsesivo-compulsivo del que se registra un nivel propio de un trastorno grave tampoco está asociado al acoso. En concreto, los simuladores asocian pensamientos, impulsos, imágenes e ideas obsesivas con el acoso, cuando en el trastorno raramente es así de modo que no se han hallado compulsiones asociadas a la victimización de acoso.

El estudio de casos ($T_{GSI} \geq 63$ o $T_{2DIM} \geq 63$) clasifica todos los protocolos bajo instrucciones de simulación como casos clínicos (falsos positivos), pero ninguno bajo condiciones de respuesta estándar. En resumen, la capacidad de simulación en el SCL-90-R de trastornos (falsos positivos) es del 100%.

Tabla 4. Efectos univariados en los índices de la validez del SCL-90-R por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas). Efectos intra-sujetos.

Índice	F	p	η_p^2	M_{ie}	M_{is}	1- β
Índice Severidad Global	229.66	.000	.680	0.52	2.16	1.00
Total Síntomas Positivos	610.76	.000	.850	25.91	78.74	1.00
Índice Malestar Síntomas Positivos	331.73	.000	.754	1.69	2.84	1.00

Nota. $gl(1, 108)$; M_{ie} = Media de la condición respuestas bajo instrucciones estándar; M_{is} = Media de la condición respuestas bajo instrucciones de simulación.

Estudio de la validez de los protocolos

Los resultados mostraron que las escalas de validez fueron sensibles al factor instrucciones (estándar vs. simulación), $F(3, 106) = 259.74$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .880$, $1-\beta = 1.00$. En suma, las instrucciones median diferencias en la salud mental informada, explicando dicho factor el 88% de la varianza, un tamaño del efecto grande ($f > .40$), $f = 2.71$.

Los efectos univariados (ver Tabla 4) pusieron de manifiesto un incremento significativo en el Índice de Severidad Global (GSI), en el Total de Síntomas Positivos (PST) y en el Índice de malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI). Además, dicho incremento es de tal magnitud que entra en la región, cuando estamos en un contexto de evaluación forense de simulación (diagnóstico diferencial), de impresión de “intento consciente de simulación” ($Pd_{PST} > 71$ y > 75 ; $Pd_{GSI} > 1.59$ y 1.64 ; y $Pd_{PSDI} > 2.15$ y 2.35 , para chicos y chicas, respectivamente).

En relación a la exactitud de clasificación de los indicadores de “intento consciente de simulación”, los resultados, que pueden verse en la Tabla 5, informan de una gran exactitud en todas las medidas: tasa global de exactitud (> 87), sensibilidad (> 86), especificidad

(> 85), valor predictivo positivo (> 85) y valor predictivo negativo (> 84). Complementariamente, la probabilidad negativa post-test (falsos negativos), es decir, la probabilidad de clasificación de un protocolo de respuestas simuladas como honestas, es $\neq 0$ en todos los indicadores.

En la práctica forense, el criterio de decisión es estricto, no admitiéndose los falsos negativos, esto es, la clasificación de un protocolo simulado como honesto por las consecuencias que puede tener para la condena del encausado. Por ello, procedimos a estudiar los efectos acumulativos de estos indicadores, hallando, en las respuestas simuladas, que 10 (9.1%) de los simuladores no fueron informados como tales por criterio alguno (perfectos falsos negativos); 6 (5.4%) por 1 criterio (falsos negativos, pues 1 criterio es insuficiente para invalidar el protocolo por falta de persistencia/consistencia de la medida); 8 (7.3%) por 2 criterios y 86 (78.2%) por los 3 criterios (verdaderos positivos, indicio razonable).

Discusión

La generalización de los resultados de este estudio está sujeta a unas limitaciones que es

Tabla 5. Efectividad de los índices de clasificación de la simulación del SCL-90-R.

Índice	A	S	E	VP+	VP-	OR _{PT}
Índice Severidad Global	90.9	96.4	85.5	86.9	95.5	0.04
Total Síntomas Positivos	93.4	98.2	91	85	99	0.01
Índice Malestar Síntomas Positivos	87.7	86.3	91.8	91.1	84.9	0.18

Nota. A = Tasa global de aciertos; S = Sensibilidad; E = Especificidad; VP+ = Valor predictivo positivo; VP- = Valor predictivo negativo; OR_{PT} = Probabilidad negativa post-test.

preciso que tengamos presentes. Primera, los resultados del SCL-90-R no son propios de diagnósticos, sino de impresiones diagnósticas por lo que requieren indefectiblemente de una aproximación multimétodo complementaria del diagnóstico (Polusny y Arbisi, 2006). Segunda, la interpretación de la clasificación de simulación en función de los indicadores psicométricos es una hipótesis compatible con otras hipótesis alternativas que han de ser consideradas en cada caso, tal como en casos genuinos que son indicativos de daño severo (falsos positivos). Tercera, el diseño de investigación utilizado sólo incluye casos simulados por lo que no es generalizable a falsos negativos (casos genuinos clasificados como simulados), los cuales, por otra parte, son inadmisibles en el campo forense. Esta limitación es especialmente aplicable en los diseños de simulación (Rogers, 2008a), como es el caso. Por el contrario, este tipo de diseño tiene una excelente validez interna. Cuarta, la discriminación o clasificación exacta de la simulación no es un reto asumible ni factible.

Teniendo en cuenta las limitaciones señaladas, los resultados permiten realizar las siguientes consideraciones. *En relación a la capacidad de simulación*, los participantes mostraron una capacidad de simulación del 100%. No obstante, no fueron capaces de discriminar entre secuelas esperadas y no esperadas, de modo que también simulaban trastornos no relacionados con la huella psicológica del acoso. De facto, simulaban todos los trastornos. *En relación al diagnóstico diferencial de simulación*, los índices de validez del SCL-90-R (GSI, PST y PSDI) discriminaron significativamente y con un tamaño del efecto casi perfecto entre protocolos honestos y simulados. La exactitud de clasificación (tasa de aciertos, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo) de los índices resultó muy satisfactoria. Sin embargo, la probabilidad de falsos negativos no es cero en ninguno de los indicadores. A este respecto, el estudio acumulativo pone cifras a este error en que alrededor del 15% de los simuladores no podrían ser clasificados como tales por estos

indicadores, con un 10% como perfectos falsos negativos. Como quiera que el criterio de decisión forense es estricto en relación a la no admisión de falsos negativos, estos indicadores de simulación no cumplen por sí mismos el estándar de prueba suficiente para la clasificación forense, habiendo de combinarse con otros métodos que la literatura precedente ha concretado en que ha de ser la entrevista clínica forense (Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2013; Vilariño, Arce, y Fariña, 2013). *En relación al perfil del simulador*, los simuladores, en línea con la literatura precedente para adultos (Sullivan y King, 2010; Vilariño et al., 2009), presentan unos perfiles de daño superiores a lo esperado en poblaciones genuinas y honestas. Los sujetos en condiciones de simulación recurren a la estrategias de simulación “agrupación indiscriminada de síntomas” que implica que el sujeto asume síntomas clínicos de forma indiscriminada, unos asociados al daño psicológico y otros no; y severidad de síntomas o exageración del daño, tal y como advierten los índices GSI y PSDI.

Si bien el tratamiento y la respuesta judicial a estos casos han de ser subsidiaria de otras perspectivas de actuación, especialmente la prevención y corrección en el contexto escolar de conductas contrarias a la convivencia precursoras del acoso, sólo de la prueba judicial se puede partir como medio de demostración objetiva de la problemática a fin de dotar de amparo a estas actuaciones.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por la Consellería de Economía e Industria, Dirección Xeral de Investigación, Desenvolvemento e Innovación (Xunta de Galicia) en los Programas Sectoriais de Investigación Aplicada, PEME I+D+I e I+D Suma. Sociedade e Cultura (SEC). Proyecto referencia: 10SEC211002PR.

Irene Quinteiro es becaria del Programa de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed., Text. Rev.). Barcelona: Masson.
- Arce, R., Fariña, F., Carballeda, A., y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18, 278-283.
- Arce, R., Fariña, F., Carballeda, A., y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21, 241-247.
- Arch, M., Pereda, N., Jarne-Esparcia, A., Andrés, A., y Guàrdia-Olmos, J. (2010). Producción científica de la psicología forense en España: Un estudio bibliométrico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 155-166.
- Carmody, D. P., y Grossman, A. M. (2005). Youth deception: Malingering traumatic stress. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16, 477-493.
- Derogatis, L. R. (1977). *Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fariña, F., Arce, R., y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 65-79.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4a. ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Grinage, B. D. (2003). Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *American Family Physician*, 68, 2401-2409.
- King, J. K., y Sullivan, K. A. (2009). Detering malingering psychopathology: The effect of warning simulating malingerers. *Behavioral Sciences & the Law*, 27, 35-49.
- McGuire, B. E., y Shores, E. A. (2001). Simulation of pain on the Symptom Checklist 90-Revised. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1589-1596.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, D., y Arce, R. (2013). Eficacia del MMPI-A en casos de acoso escolar: Simulación y diagnóstico. *Psychosocial Intervention* 22, 33-40.
- Polusny, M. A., y Arbisi, P. A. (2006). Assessment of psychological distress and disability after sexual assault in adults. En G. Young, A. W. Kane, y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts: PTSD, pain and TBI* (pp. 97-125). Nueva York, NY: Springer.
- Quevedo-Blasco, R., Ariza, T., y Raya, L. (2012). Análisis de la producción de la psicología jurídica en España (1989-2010). *Aula abierta*, 40, 127-138.
- Rogers, R. (2008a). An introduction to response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a. ed., pp. 3-13). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). Researching response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a. ed., pp. 411-434). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A., y Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, 10, 160-177.
- Rogers, R., y Vitacco, M. J. (2002). Forensic assessment of malingering and related response styles. En B. Van Dorsten (Ed.), *Forensic psychology: From classroom to courtroom* (pp. 83-104). Nueva York, NY: Kluwer Academic.
- Salekin, R. T., Kubak, F.A., y Lee, Z. (2008). Deception in children and adolescents. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a. ed., pp. 343-364). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Sullivan, K. A., y King, J. K. (2010). Detecting faked psychopathology: A comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176, 75-81.
- Torres, X., Bailles, E., Collado, A., Taberner, J., Gutiérrez, F., Peri, J. M., Árias, A., Fullana, M. A., y Valdes, M. (2010). The symptom checklist-revised (SCL-90-R) is able to discriminate between simulation and fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 774-790.
- Vilariño, M., Arce, R., y Fariña, F. (2013). Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 1-21.
- Vilariño, M., Fariña, F., y Arce, R. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury in gender violence: Validating a protocol for forensic settings. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 221-243.