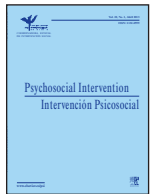


# Psychosocial Intervention

www.elsevier.es/psi



## Eficacia del MMPI-A en casos forenses de acoso escolar: Simulación y daño psicológico

Mercedes Novo<sup>a</sup>, Francisca Fariña<sup>b</sup>, Dolores Seijo<sup>a</sup> y Ramón Arce<sup>a\*</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Santiago de Compostela, España

<sup>b</sup>Universidad de Vigo, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

#### Historia artículo:

Recibido 04/07/2012

Aceptado 08/02/2013

#### Palabras clave:

Bullying

MMPI-A

Simulación

Daño psicológico

Contexto forense

### RESUMEN

La eficacia de la evaluación forense del daño psicológico sustentada en el MMPI-2 y la entrevista clínica ha sido continuamente verificada en todo tipo de casuísticas. Sin embargo, no hay evidencia de la eficacia del MMPI para adolescentes (MMPI-A) en casos de acoso escolar. Para determinar la eficacia del MMPI-A en casos de acoso escolar, 107 participantes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años ( $M = 14.85$ ) cumplieron la adaptación española bajo instrucciones estándar y una semana después bajo instrucciones de simulación de la huella psicológica consecuencia de acoso escolar. Los resultados mostraron que los participantes disponían de una alta capacidad (91.6% para el trastorno por estrés posttraumático, TEP, y entre el 60 y el 90% para las secuelas indirectas) para simulación del daño psicológico directo (TEP) y las secuelas indirectas (depresión, ansiedad, problemas psicosomáticos y problemas en las relaciones interpersonales). Se halló que los simuladores seguían 4 estrategias: agrupación indiscriminada de síntomas, severidad de síntomas, síntomas obvios y síntomas raros. Las escalas de control de la validez F, F1, F2 y K discriminaron significativamente y con un tamaño del efecto grande entre respuestas honestas y simuladas. El índice F-K y el perfil L y K < 45 y F < 80 también discriminaron significativamente y con un tamaño del efecto grande entre protocolos honestos y simulados. El estudio de casos mostró un alto poder de clasificación correcta de estas escalas e índices de la simulación (verdaderos positivos) para estos indicadores (para K con  $T < 40$ ) con un margen de error muy bajo (falsos positivos). Se discuten las implicaciones de los resultados para la práctica forense.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

### The efficacy of the MMPI-A in bullying forensic cases: Malingering and psychological injury

#### ABSTRACT

The efficacy of forensic evaluation of the psychological injury based on the MMPI-2 and a clinical interview has been continuously supported by literature. Nevertheless, there is no evidence of the efficacy of the MMPI for adolescents (MMPI-A) for bullying cases. To contrast the efficacy of the MMPI-A in bullying cases, 107 adolescents ranged from 14 to 18 years old ( $M = 14.85$ ) endorsed the Spanish adaptation of the MMPI-A under standard and malingering instructions. The results showed a high adolescent ability (91.6% for posttraumatic stress disorder, ranging from 60 to 90% for comorbid posttraumatic stress disorders) to malingering both the direct (posttraumatic stress disorder) and indirect (depression, anxiety, psychosomatic problems, problems in interpersonal relationships) psychological injury. Four malingering strategies were identified in malingering protocols: indiscriminate symptom endorsement, symptom severity, obvious symptoms, and infrequent symptoms. The F, F1, F2 and K standard validity scales discriminated significantly and with a large effect size between genuine and malingered responding. Likewise, the F-K index and the L and K < 45 and F < 80 profile discriminated significantly and with a large effect size between genuine and malingered responding. The study of cases revealed excellent classification rates of the standard validity scales (K < 40) and indices for malingered (true positives) and honest (false positives) responding. Implications for forensic practice are discussed.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

#### Keywords:

Bullying

MMPI-A

Malingering

Psychological injury

Forensic setting

\*e-mail: ramon.arce@usc.es

Las experiencias traumáticas producen un impacto que, en términos forenses, se conoce con el nombre de huella psicológica o daño psicológico. Éstas se clasifican, según su origen, en interpersonales (e.g., agresiones sexuales, maltrato o *bullying*), objeto de la evaluación forense, y no interpersonales (e.g., pérdida del hogar o empleo). La huella psicológica primaria es inicialmente idéntica para todos los eventos traumáticos, el trastorno de estrés postraumático (TEP). Sin embargo, la aplicación sistemática de este axioma ha sido cuestionada (Vilariño, Fariña y Arce, 2009) ya que la secuela clínico-forense varía acorde con la naturaleza del estresor.

Así, el diagnóstico de un TEP requiere indefectiblemente (criterio A1 del TEP en el DSM-IV) que “el individuo este envuelto en hechos que representen un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, el individuo sea testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o exista una amenaza para la vida de otras personas o bien el individuo conozca a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves” (American Psychiatric Association, 2002; p. 435).

La aplicación taxativa de este criterio dejaría muchas acciones delictivas sin víctima, dado que el estatus judicial de víctima requiere ineludiblemente de la verificación de daño (United Nations, 1988) y quedarían, por tanto, sin perseguir judicialmente. Así, los casos de violencia psicológica, acoso o abusos no tienen por qué suponer un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, con lo que no dejarían huella y, por extensión, victimización. En suma, la naturaleza del estresor definirá si la secuela es un TEP o un trastorno adaptativo (TA).

En el acoso escolar o *bullying*, las secuelas en la salud mental reveladas por la investigación son depresión (Roth, Cole y Heimburg, 2002; Storch et al., 2004), trastornos de ansiedad (Dempsey y Storch, 2008; Gladstone, Parker y Malhi, 2006; McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson, 2003), problemas en las relaciones interpersonales (Jiménez y Lehalle, 2012; Lila, Herrero y Gracia, 2008; Ledley et al., 2006; Romera, Del Rey y Ortega, 2011), ideación suicida (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2007) y problemas psicósomáticos (Gini y Pozzoli, 2009).

También se han hallado otros problemas asociados a la depresión (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y Schmitt, 2009), tales como baja autoestima (Lila, Musitu y Buelga, 2000; Olweus, 1993; Povedano, Hendry, Ramos y Varela, 2011) o sentimientos de poco control sobre sus vidas (Dempsey y Storch, 2008) y a la ansiedad (Hawker y Boulton, 2000), como la percepción del mundo como un lugar peligroso (McCabe et al., 2003). No obstante, estas secuelas, en ausencia de TEP o TA, no son prueba forense (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2006). De hecho, en el ámbito de evaluación forense estos trastornos y problemas son secundarios y comórbidos al TEP o TA, que son los primarios y necesarios para la huella. Es decir, el objeto de la evaluación forense ha de ser el TEP o TA. Por su parte, en la evaluación clínica-sanitaria se impone el diagnóstico de cualquier otro trastorno del que se cumplan los criterios al TEP (American Psychiatric Association, 2002).

Adicionalmente, en la evaluación forense es obligado el diagnóstico diferencial de simulación (American Psychiatric Association, 2002), en tanto los criterios clínicos para la misma tienen un tasa de error superior al 80% (Rogers y Vitacco, 2002). En resumen, diagnóstico clínico y evaluación forense no son intercambiables pero sí son compatibles. Así, en el campo concreto del acoso escolar, Rivers (2004) encontró evidencia de estrés postraumático consecuencia de *bullying*. Todo ello referido a los síntomas internalizantes, que son el objeto de la evaluación forense, pero también acarrea síntomas externalizantes que no son menos dañinos para la víctima, sino más bien al contrario: incapacidad para la resolución de problemas, incompetencia social y fracaso escolar (Cook, Williams, Guerra, Kim y Sadek, 2010) o intentos de suicidio (Klomek et al., 2007).

Las cifras de prevalencia del *bullying* informadas en la literatura son altamente dispares, oscilando entre porcentajes a nivel internacional

del 28% (Robers, Zhang, Truman y Snyder, 2011) y en España según el Informe Cisneros X de un 23.3% (Oñate y Piñuel, 2007). Por otra parte, otros estudios reducen significativamente estas tasas, tales como Díaz-Aguado, Martínez y Martín (2013) en España al 3.8% o Schenk y Fre-mouw (2012) en EE.UU. al 8.6%. Esta disparidad resulta de las distintas definiciones y operacionalizaciones de las medidas (Solberg y Olweus, 2003). Sin embargo, el problema es de una gran magnitud ya que, incluso en los cálculos más bajos, aproximadamente el 5% de los niños están expuestos a acoso escolar, esto es, a violencia con daños internalizantes (e.g., depresión o ansiedad) y externalizantes (e.g., fracaso escolar, incompetencia social o intentos de suicidio).

Desde una óptica judicial, el acoso escolar constituye una acción penalmente punible, correspondiendo a la acusación la carga de la prueba. Como quiera que en la carga de la prueba se ha de demostrar el daño (Sentencia 241/2012, de 11 de mayo, de la AP de Madrid), incluido el psicológico o huella psicológica, el psicólogo forense ha de contar con procedimientos avalados científicamente que permitan la evaluación de la secuela directa e indirecta del daño, así como un diagnóstico diferencial de simulación.

Para este doble cometido la literatura precedente ha establecido que es necesaria la adopción de una aproximación de medida multi-método (Arbisi, 2005) que combina la instrumentación psicométrica con la entrevista clínica. Como instrumento psicométrico de referencia la literatura, tanto nacional (Arch, Jarne, Però y Guàrdia, 2011; Fariña, Arce y Sotelo, 2010; Jiménez, Sánchez y Tobón, 2009), como internacional (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006), ha identificado el MMPI-2. Para poblaciones con edades comprendidas entre los 14 y 18 años se ha elaborado una versión específica del MMPI, el MMPI-A (Butcher et al., 2003), que es el instrumento más ampliamente utilizado en la evaluación de la personalidad y psicopatología en adolescentes (Baum, Archer, Forbey y Handel, 2009). La creación de una versión específica para este tipo de población fue necesaria porque la sintomatología no es la misma en adolescentes que en población adulta por el contenido inapropiado para adolescentes de algunos ítems, la carencia de escalas específicas para evaluar problemas característicos de la adolescencia y porque las normas de interpretación del MMPI-2 exageraban algunas psicopatologías y minimizaban otras en adolescentes (Handel, Archer, Elkins, Mason y Simonds-Bisbee, 2011). Sin embargo, la utilidad de este instrumento para la práctica forense ha sido poco contrastada y no hallamos específicamente referencia alguna en casos de acoso escolar. Es por ello que nos planteamos un estudio con el objeto de contrastar el potencial del MMPI-A en la evaluación del daño directo e indirecto del acoso escolar, de la capacidad de simulación de menores no víctimas en dicho instrumento, de la identificación de las estrategias de simulación seguidas por los participantes, así como de la eficacia de las escalas e índices de validez en la detección de la simulación (diagnóstico diferencial).

## Método

### Participantes

Participaron en el estudio 110 sujetos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años ( $M = 14.85$ ;  $EEM = 0.89$ ). La muestra fue equiparada en cuanto al género, 55 chicas y 55 chicos, curso, 64, el 58.2%, cursaban 3º de la ESO y 46, el 41.8%, 4º de la ESO,  $\chi^2(1) = 2.95$  ns y tipo de enseñanza recibida, 59, el 53.6%, estudiaban en centros públicos/concertados y 51, el 46.4%, en colegios privados,  $\chi^2(1) = .58$ , ns. Del total de sujetos, 3 fueron desestimados por no poder aplicarse el diseño en su totalidad.

### Procedimiento y diseño

Todos los menores participaron en el estudio de forma voluntaria. La metodología de investigación empleada fue de tipo experimental

y en un ambiente de simulación de alta fidelidad. En concreto, se procedió con un diseño de medidas repetidas para conocer la capacidad de simulación de los sujetos en el instrumento psicométrico de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense, el MMPI (en este caso la versión para adolescentes, el MMPI-A; Butcher et al., 2003), manipulando para ello las “instrucciones” dadas a los participantes: respuesta al MMPI-A bajo las instrucciones estándar y las instrucciones de simulación de daño psíquico consecuencia de acoso escolar.

En concreto, los participantes cumplieron, en primer lugar, bajo las “instrucciones estándar”, el MMPI-A. Esta medida se obtuvo con el objeto de conocer el potencial de simulación al tiempo que controlar posibles patologías en los sujetos que pudieran contaminar los resultados, de modo que aquellos con una impresión diagnóstica de patología fueran eliminados del estudio. A continuación se les administraron las “instrucciones de simulación”, que consistieron en solicitarles que se pusieran en el lugar de una persona que simula la victimización de un acoso escolar por el motivo que ellos estimen (e.g., venganza o provocar un cambio de colegio) y presenta una denuncia inventada. Se les dio una semana de tiempo para que se formaran o entrenaran en lo que estimaran conveniente. Al cabo de ésta volvieron a ser evaluados en el MMPI-A bajo estas instrucciones.

Para controlar que los sujetos de la muestra no hubieran sido objeto de acoso escolar, que contaminaría los resultados, procedimos con un *screening*, para lo que confeccionamos un cuestionario al que respondieron sobre los actos violentos tanto verbales como físicos a los que han estado expuestos en el ámbito escolar. Este cuestionario de victimización fue especialmente diseñado para discriminar entre acoso (requiere de violencia física o psicológica intencionada y continuada por parte de un individuo o individuos más poderosos) de la violencia y agresividad puntual u ocasional que no es puramente acoso. En consecuencia, el instrumento fue ideado para permitir una evaluación diferencial del acoso con respecto a la agresividad y a la violencia. De hecho, todos, no sólo los menores, somos objeto, en cierta medida, de conductas agresivas e incluso violentas (verbales o físicas), pero la gran mayoría no llevan implícitas la anticipación de un miedo de daño y humillación causado por la reiteración que caracteriza al acoso. Por esa razón el instrumento también llevaba aparejada la evaluación de las consecuencias de las conductas de acoso, agresivas o violentas para poder discriminar entre ellas. No en vano, no se puede sostener que estemos ante un acoso si no implica, de un modo generalizado, daños físicos, escolares (e.g., fracaso escolar o absentismo) o, sobre todo, psicológicos (e.g., depresión o ansiedad).

En línea con las recomendaciones de Rogers (2008a) para la implementación de este tipo de diseños, se prestó especial atención a que las instrucciones fueran comprensibles (ya se habían mostrado como tales en estudios previos como el de Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006, 2009), específicas y contextualizadas para casos de acoso escolar. Consistían en pedirles que se pusiesen en el lugar de una persona que presentaba una denuncia falsa de acoso escolar y que iba a ser evaluada por ello en el contexto forense. La denuncia inventada de acoso se justificaba en la obtención de algún beneficio asociado (e.g., venganza o justificación de fracaso escolar). Además, se les informaba de la relevancia de los resultados para la detección de las víctimas no reales. No se les dio ninguna instrucción de entrenamiento, únicamente que hicieran sus presentaciones creíbles y que se implicaran en la tarea (se advirtió a aquéllos que, por uno u otro motivo, no pudieran o quisieran implicarse en la tarea, que dejaran de participar en el estudio). Se les dio cerca de una semana para que planificaran la denuncia y evaluación. 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, supimos que los participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente y que se habían implicado en la misma. Los resultados confirma-

ron la comprensión de la tarea y la implicación de los participantes ya que, mayoritariamente, simularon las secuelas psicológicas de la victimización de acoso escolar y discriminaron entre secuelas esperadas y no esperadas.

Adicionalmente, procedimos con un *screening* de los protocolos del MMPI-A en busca de perfiles de respuestas altamente inconsistentes en la evaluación en condiciones de respuesta bajo instrucciones estándar (respuesta honesta) bien por una aquiescencia extrema (TRIN Pd > 18), porque fueran claramente respondidos al azar (VRIN Pd > 18; F T  $\geq$  120), por dejar un número muy elevado de ítems sin responder o con respuesta doble (esto es, falta de cooperación con la evaluación) o por tratarse de *outliers* (L Pd > 10 y K Pd > 26), a fin de eliminarlos del estudio (Greene, 2008). No se encontró ningún protocolo bajo estos supuestos.

Se planificó un diseño factorial con un único factor, instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas), en el MMPI-A. El tamaño muestral fue computado a priori para una potencia de .95 y un alfa de .05 y un tamaño del efecto medio ( $f = .25$ ), en línea con los tamaños de los efectos hallados en estudios que comparaban poblaciones de menores no víctimas con víctimas de acoso (OR de 2 a 4) (Schneider, O'Donnell, Stueve y Coulter, 2012), obteniéndose un tamaño muestral en torno a los 100 sujetos.

### *Instrumentos de medida*

Como instrumento de medida de la salud mental utilizamos el MMPI-A (Butcher et al., 2003). Dados nuestros propósitos de medida clínica del daño psíquico directo e indirecto y de simulación, tomamos las diez escalas clínicas básicas de dicho instrumento, excepción hecha de la escala masculinidad-feminidad porque, en función del diseño de este estudio, podría contravenir nuestro marco legal (art. 14 de la Constitución Española, L.O. 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, Ley de Parejas de Hecho o Ley de Matrimonio) y por la poca relevancia para los objetivos del mismo, las escalas de validez “?” (sin respuesta), L (mentira), F, F1 y F2 (incoherencia) y K (factor corrector), así como las escalas complementarias TRIN (inconsistencia de repuestas verdaderas) y VRIN (inconsistencia de repuestas variables). Adicionalmente, a partir de los resultados obtenidos de las escalas de validez del MMPI-A, calculamos los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos (Friedman, Lewak, Nichols y Weeb, 2001): el índice F-K y el perfil en “V invertida”.

### *Consideraciones éticas*

Todos los participantes prestaron consentimiento por escrito. Dado que, 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 siguieron todos los cánones establecidos por la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

### **Resultados**

#### *Contraste del estado clínico real y simulado en las escalas clínicas básicas*

Encontramos diferencias multivariadas en las escalas clínicas básicas del MMPI-A mediadas por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas),  $F(9, 98) = 73.74, p < .001, \eta_p^2 = .871, 1-\beta = 1$ . Además, el tamaño del efecto atribuible a las instrucciones,  $f = 2.60$ ,

es grande ( $f > .40$ ), explicando el 87.1% de la varianza. Esto es, las instrucciones de simulación tienen un reflejo directo en las respuestas de los sujetos significativo y de una gran magnitud.

**Tabla 1**

Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del MMPI-A por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas). Efectos intra-sujetos

Escalas	F	p	$\eta_p^2$	$M_{ie}$	$M_{is}$	1- $\beta$
Hipocondriasis	288.92	.000	.732	47.85	79.58	1.00
Depresión	480.82	.000	.819	49.08	81.39	1.00
Histeria	220.38	.000	.675	49.22	70.23	1.00
Desviación psicopática	218.42	.000	.673	51.52	72.22	1.00
Paranoia	508.92	.000	.829	47.76	80.31	1.00
Psicastenia	359.78	.000	.772	47.58	74.51	1.00
Esquizofrenia	379.39	.000	.782	48.43	81.67	1.00
Hipomanía	32.80	.000	.236	51.05	57.57	1.00
Introversión social	459.46	.000	.813	48.82	79.29	1.00

Nota.  $gl(1, 106)$ ,  $M_{ie}$  = Media de la condición *respuestas bajo instrucciones estándar*,  $M_{is}$  = Media de la condición *respuestas bajo instrucciones de simulación*.

Los efectos univariados, que pueden verse en la tabla 1, muestran diferencias significativas en las 9 escalas clínicas básicas del MMPI-A. Sucintamente, las respuestas bajo instrucciones de simulación de acoso informan de un mayor desorden clínico en hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia, paranoia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. Dado que la dirección de los efectos se produce en la dirección esperada, esto es, un aumento en 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 otra patología comórbida, la introversión social. Pero también hallamos que, bajo instrucciones de simulación, los participantes asumen psicopatología en dimensiones no relacionadas con la victimización de acoso escolar (e.g., desviación psicopática, histeria, hipocondriasis, paranoia, esquizofrenia y psicastenia), alcanzando tal magnitud ( $T \geq 65$ ) que entrarían dentro de la región patológica. En consecuencia, no han ejecutado correctamente en las patologías que no están directamente ligadas a las secuelas psíquicas del *bullying*. Finalmente, observamos un cambio hacia la patología en la variable hipomanía, pero éste no llega a ser de tal magnitud que la simulación sea característica de un trastorno maníaco ( $T < 65$ ), ni alcance un nivel moderado ( $T_{60-64}$ ). En otras palabras, los participantes bajo instrucciones de simulación, en su afán por fingir patología consecuencia de acoso escolar, no discriminan efectivamente entre los esperados síntomas depresivos e introversión social y los no esperados de orden psicótico, desviación psicopática, histeria, hipocondriasis e hipomanía.

La comparación de las respuestas de los sujetos en la condición de instrucciones de simulación de acoso con una muestra de pacientes psiquiátricos internados con un perfil clínico elevado (Hilts y Moore, 2003) evidenció, en todas las variables clínicas informadas en condiciones de simulación en la región de impresión diagnóstica de patología, que las respuestas simuladas (ver tabla 2) eran significativamente mayores que las de los pacientes psiquiátricos. Adicionalmente, la magnitud del efecto fue grande para todos los trastornos, desde 1 desviación típica más para histeria a 2.34 para introversión social, a excepción de la desviación psicopática que fue de tamaño medio, un trastorno no relacionado con la victimización de acoso escolar.

**Tabla 2**

Comparación de medias de las respuestas de los sujetos bajo instrucciones de simulación y un grupo psiquiátrico de perfil clínico elevado

Escalas	t	p	d	$M_{is}$	$M_{pce}$
Hipocondriasis	11.07	.001	1.53++	79.58	57.61
Depresión	12.41	.001	1.71++	81.39	62.04
Histeria	7.31	.001	1.01++	70.23	58.09
Desviación Psicopática	3.94	.01	0.54+	72.22	67.76
Paranoia	12.15	.001	1.68++	80.31	61.00
Psicastenia	10.29	.001	1.42++	74.51	58.81
Esquizofrenia	11.05	.001	1.52++	81.67	60.89
Introversión Social	16.98	.001	2.34++	79.29	54.25

Nota.  $gl(210)$ ,  $M_{is}$  = media de las respuestas del grupo experimental en la condición *instrucciones de simulación*,  $M_{pce}$  = media de las respuestas del grupo de *pacientes psiquiátricos internados de perfil clínico elevado* (Hilts y Moore, 2003), ++ tamaño del efecto grande, + tamaño del efecto medio.

Así pues, en general el sujeto en condiciones de simulación asume dos estrategias: agrupación indiscriminada de síntomas (esto es, asumen todo tipo de síntomas clínicos de forma indiscriminada) y severidad de síntomas o exageración del daño (informan de un daño mayor en la salud mental que la población psiquiátrica con un perfil elevado).

El estudio de casos en las escalas clínicas básicas en las que se observó un cambio significativo en dirección al trastorno, cayendo éste en la región de impresión diagnóstica de psicopatología ( $T \geq 65$ ), puso de manifiesto que la probabilidad de simulación de daño en todas las categorías diagnósticas era superior a .50 (ver tabla 3), con un tamaño del efecto grande, a excepción de la categoría diagnóstica histeria con un tamaño del efecto medio. En las escalas de medida de daño psicológico indirecto, histeria (problemas psicosomáticos), depresión, psicastenia (ansiedad y estrés generalizados) e introversión social (problemas en las relaciones interpersonales), dicha tasa oscila entre aproximadamente el 60 y el 90%.

**Tabla 3**

Contraste de la distribución observada de impresión de caso clínico ( $T \geq 65$ ) en las escalas clínicas básicas sensibles a la simulación

Escalas	n	P	$\chi^2$	h
Hipocondriasis	86	80.4	39.49	1.17++
Depresión	98	91.6	74.03	1.40++
Histeria	66	61.7	5.84	0.70+
Desviación Psicopática	76	71.0	18.93	0.95++
Paranoia	96	89.7	67.52	1.36++
Psicastenia	94	87.9	61.32	1.33++
Esquizofrenia	92	86.0	55.41	1.29++
Introversión Social	98	91.6	74.03	1.40++

Nota. h = tamaño del efecto resultante de la diferencia entre  $\Phi_1 - \Phi_2$ , donde  $\Phi = 2\arcsin \sqrt{P}$ , ++ tamaño del efecto grande, + tamaño del efecto medio.

El autoinforme de síntomas obvios y de un cuadro que incluso raramente presenta la población psiquiátrica real pasa por ser uno de los errores que pueden cometer los simuladores (Greene, 2008). En el estudio de casos observamos que los trastornos psicóticos, esquizofrenia y paranoia fueron las psicopatologías ( $T \geq 65$ ) irrelevantes para las secuelas del acoso escolar que más informaron los sujetos en condiciones de simulación, hasta niveles superiores a la población psiquiátrica. Más aún, la esquizofrenia es el trastorno primario infor-



mado. Las subescalas Harris-Lingoes aclaran que, complementariamente, admiten padecer síntomas raros: alucinaciones persecutorias (Pa1,  $M = 84.89$ ), ausencia de control del yo (Sc5,  $M = 70.64$ ) o experiencias sensoriales extrañas (Sc6,  $M = 75.34$ ). En otras palabras, los simuladores siguen la estrategia de asumir síntomas obvios y raros.

Por su parte, en la escala Pk de medida del PTSD, que conforma el cuadro clínico diagnóstico primario de las secuelas forenses del daño psicológico (Bargai, Ben-Shakhar y Shalev 2007; Vilaríño et al., 2009), hallamos un efecto significativo y de un tamaño del efecto grande,  $f = 2.11$ , modulado por el factor instrucciones,  $F(1, 106) = 456.82$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .816$ ,  $1-\beta = 1$ . En concreto, los participantes en condiciones de respuesta de simulación ( $M = 36.77$ ) informan de más síntomas propios de un TEP que bajo la condición de respuestas bajo instrucciones estándar ( $M = 14.62$ ).

El estudio de casos ( $T \geq 65$ ) de la huella indirecta del acoso escolar advirtió un cuadro depresivo en 98 (91.6%) de las respuestas de víctimas simuladas, por 7 (6.5%) en condiciones de respuesta bajo instrucciones estándar,  $\chi^2(1) = 78.87$ ,  $p < .001$ . En 9 casos (8.4%) había problemas psicósomáticos (escala histeria) en casos en respuesta estándar y en 68 (63.6%) en respuesta de simulación,  $\chi^2(1) = 45.21$ ,  $p < .001$ . Había ansiedad y estrés generalizado (escala psicastenia) en 9 (8.4%) casos en respuesta estándar y en 94 (87.9%) en respuesta de simulación,  $\chi^2(1) = 70.15$ ,  $p < .001$ . La introversión social se aparecía en 98 (91.6%) casos simulados por 10 (9.3%) reales,  $\chi^2(1) = 71.70$ ,  $p < .001$ . En la medida de la huella psicológica forense directa del acoso escolar, en las respuestas simuladas, la escala Pk revelaba TEP (se computó la puntuación directa correspondiente a una T de 65 a partir de la distribución de las respuestas bajo instrucciones estándar) en 99 (92.5%) casos, por 12 (11.2%) de los reales,  $\chi^2(1) = 68.19$ ,  $p < .001$ . En resumen, las víctimas simuladas de acoso escolar no sólo logran simular el daño directo e indirecto del acoso escolar, sino que la probabilidad de simulación supera el 90% (el 92.5% de los simuladores eficaces de TEP también lograron simular, al menos, en una de las medidas indirectas del daño).

#### Estudio de las escalas originales de control de validez del MMPI-A

Los sujetos del estudio, tanto en respuestas simuladas como honestas, colaboraron en la evaluación, no observándose en ningún protocolo una frecuencia de no respuesta o respuesta doble mayor de 10 (el criterio general de invalidez es una Pd  $\geq 30$ , aunque se suele tomar el más restrictivo de Pd  $> 10$ ; Graham, 2006).

Mediante un contraste multivariado hallamos que las escalas originales de control de la validez de las respuestas (no se tomó en este análisis la escala F porque supondría una duplicidad de medidas al ser ésta la suma de las escalas F1 y F2) son sensibles al factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas),  $F(4, 103) = 104.99$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .803$ ,  $1-\beta = 1$ . Además, el tamaño del efecto atribuible a las instrucciones,  $f = 2.02$ , es grande ( $f > .40$ ), explicando el 80.3% de la varianza. En otras palabras, las escalas originales de control de la validez son altamente sensibles a las instrucciones de respuesta.

Los efectos univariados (ver tabla 4) mostraron un incremento significativo y de magnitud grande ( $f > .40$ ) en las F1 y F2 en las respuestas simuladas en comparación con las respuestas honestas. En ambas escalas el estudio de casos mostró una eficacia en la correcta discriminación entre respuestas honestas y simuladas. Así, 71 (66.4%) de los protocolos simulados fueron clasificados por F1 ( $T \geq 90$ ) como simuladores, por 1 (.9%) de los honestos, por lo que discrimina (tasa neta:  $66.4 - .09 = 66.31\%$ ) significativamente,  $\chi^2(1) = 69.01$ ,  $p < .001$ , entre protocolos simulados (verdaderos positivos) y honestos (falsos positivos) y 59 (55.1%) verdaderos positivos por F2 ( $T \geq 90$ ), por ningún falso negativo. Asimismo se constató un descenso significativo con un tamaño del efecto medio en la escala K. Ésta se relaciona con la actitud defensiva (hipótesis contraria a la simulación y a sospechar de la evaluación forense del daño por acoso) en cuanto a puntuaciones elevadas ( $T \geq 65$ ). No obstante, el cambio se produjo en dirección

contraria, ya que en las repuestas simuladas los valores de K son menores. A este respecto, Graham (2006) señala que puntuaciones bajas ( $T < 40$ ) en la Escala K pueden ser indicativas de exageración de problemas o de un intento deliberado de presentar una imagen desfavorable de sí mismo. Éste parece ser el caso, ya que la media en condiciones de simulación es de 39.29. El estudio de casos mostró, con este criterio para la sospecha de simulación, la correcta identificación de 62 (57.9%) verdaderos positivos y de 19 (17.8%) falsos positivos, discriminando significativamente entre protocolos honestos y simulados,  $\chi^2(1) = 22.83$ ,  $p < .001$ . Finalmente, la escala L, que mide actitud defensiva, fue insensible, como cabía esperar, al factor instrucciones.

**Tabla 4**

Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del MMPI-A por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas). Efectos intra-sujetos

Escalas	F	p	$\eta_p^2$	$M_{ie}$	$M_{is}$	1- $\beta$
L	1.32	.254	.012	49.92	48.51	1.00
F1	375.93	.000	.780	50.32	102.23	1.00
F2	390.66	.000	.787	47.65	90.90	1.00
K	10.48	.002	.090	55.38	39.29	1.00

Nota.  $gl(1, 106)$ ,  $M_{ie}$  = media de la condición respuestas bajo instrucciones estándar,  $M_{is}$  = media de la condición respuestas bajo instrucciones de simulación.

Asimismo, el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas) también medió diferencias en la escala F,  $F(1, 106) = 434.86$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .804$ ,  $1-\beta = 1$ , con un tamaño del efecto grande,  $f = 2.02$ , de modo que, en línea con las predicciones de la escala, en las respuestas simuladas se registró una puntuación mayor ( $M = 48.75$  y 101.43, para respuestas bajo instrucciones estándar y simuladas, respectivamente).

El estudio de casos puso de manifiesto que la escala F ( $T \geq 90$ ) identificó como verdaderos positivos a 74 (69.2%) de los protocolos simulados y ninguno de los honestos (0 falsos negativos).

En lo referente a la clasificación de la disimulación, la escala L ( $T \geq 65$ ) en las respuestas honestas reconoce erróneamente como disimuladores a 6 (5.6%) protocolos y la escala K ( $T \geq 65$ ) 12 (11.2%). Ambas escalas no identificaron ningún protocolo simulado como disimulado. Así pues, la presencia de estos indicios es un indicador positivo de no-simulación, validando el protocolo.

#### Índices y configuraciones de las escalas originales de validez

Las instrucciones medían diferencias significativas y de un tamaño del efecto grande,  $f = 1.98$ , entre protocolos en respuesta estándar ( $M = -7.15$ ) y simulados ( $M = 29.31$ ) en el índice F-K,  $F(1, 106) = 420.93$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .797$ ,  $1-\beta = 1$ . Esto es, el índice F-K de los casos simulados es marcadamente más elevado ( $M_s = -7.15$  y 29.31 para respuestas estándar y simuladas, respectivamente). A su vez, el estudio de casos (F-K  $> 12$  en puntuaciones directas; Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003) advierte simulación en 87 (81.3%) de los casos simulados por sólo 4 (3.7%) en las respuestas honestas, discriminando significativamente (verdaderos positivos - falsos positivos = 77.6%) entre respuestas simuladas y honestas,  $\chi^2(1) = 75.70$ ,  $p < .001$ . Por su parte, el perfil en V invertida (L y K  $< 45$  y F  $< 80$ ; Friedman et al., 2001) identifica como simuladores 49 (45.8%) protocolos de respuestas simuladas y ninguno de respuestas honestas. Es decir, el perfil en V invertida detecta aproximadamente el 50% de las simulaciones sin la comisión de ningún falso positivo.

#### Medidas de la inconsistencia de las respuestas

Los indicadores de consistencia de las respuestas, TRIN y VRIN (ver tabla 5), están mediados por las instrucciones, de modo que en

la condición de respuestas simuladas se observa un incremento en las puntuaciones TRIN y VRIN en contraste con las respuestas bajo instrucciones estándar. No obstante, los cambios no llegan a la región de invalidez de los protocolos ( $T > 75$ ), al tiempo que no invalidan ningún protocolo ni en respuestas bajo instrucciones estándar ni simuladas. En resumen, los protocolos reales y simulados son consistentes.

**Tabla 5**

Efectos univariados en las escalas de medida de la consistencia (TRIN y VRIN) por el factor instrucciones de respuesta (estándar vs. simuladas). Efectos intra-sujetos

Escalas	F	p	$\eta_p^2$	$M_{ie}$	$M_{is}$	1- $\beta$
TRIN	4.42	.038	.040	57.06	59.51	.549
VRIN	31.18	.000	.227	48.07	55.15	1.00

Nota.  $gl(1, 106)$ ,  $M_{ie}$  = media de la condición *respuestas bajo instrucciones estándar*,  $M_{is}$  = media de la condición *respuestas bajo instrucciones de simulación*.

#### *Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores de validez del MMPI-A*

La consistencia en los resultados de la evaluación es una condición necesaria para que se pueda concluir en el contexto judicial español (e.g., sentencia del TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808, sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987), al tiempo que la consistencia inter-medidas también es un requisito científico de la fiabilidad de la medida. En consecuencia, para que un perfil sea invalidado, en nuestro caso por simulación, se requiere que al menos en dos de las escalas originales de validez relevantes para la simulación (F, F1, F2 y K) y de sus combinaciones (el índice F-K y perfil en V invertida) los protocolos presenten puntuaciones invalidantes, el *criterio mínimo de decisión*. Pero éste y otros criterios de decisión es preciso someterlos a prueba a fin de contrastar si con dos o más puntuaciones invalidantes se diferencia eficazmente entre protocolos reales e inventados y en qué medida. Dos son los modelos a contrastar por este procedimiento: un modelo con la escala F y otro con la escala F dividida en F1 y F2 (la introducción de todas las escalas F en el mismo modelo no es viable al suponer una duplicidad de medidas).

**Tabla 6**

Indicadores de simulación por tipo de respuesta. Efectos acumulados

Nº de Indicadores/ respuesta	Modelo con F		Modelo con F1 y F2	
	Honesta	Simulada	Honesta	Simulada
0	85 (79.4%)	14 (13.1%)	85 (79.4%)	14 (13.1%)
1	21 (19.6%)	9 (8.4%)	20 (18.7%)	8 (7.5%)
2	1 (0.9%)	23 (21.5%)	2 (1.9%)	11 (10.3%)
3	----	27 (25.2%)	-----	23 (21.5%)
4	----	34 (31.8%)	-----	26 (24.3%)
5			-----	25 (23.3%)

Los resultados de la tabla 6 muestran más indicadores de simulación entre los casos simulados, tanto con el modelo con F (23 vs. 272 indicadores de simulación en los protocolos de respuesta honesta y simulada, respectivamente),  $\chi^2(1) = 210.17$ ,  $p < .001$ , como con el modelo con F1 y F2 (24 vs. 328),  $\chi^2(1) = 262.55$ ,  $p < .001$ . En otras palabras, estadísticamente los indicadores de simulación del

MMPI-A diferencian entre respuestas honestas y simuladas. No obstante, este resultado no es válido para el campo forense pues no aporta un criterio para la toma de decisiones en cada caso concreto (tarea forense). A este respecto, el contraste de ambos modelos propone el mismo criterio de decisión para discriminar entre respuestas honestas y simuladas: son precisos más de dos criterios para discriminar entre respuestas honestas y simuladas (más estricto que el *criterio mínimo de decisión*). Por su parte, la comparación de la efectividad de ambos modelos otorga una mayor validez en la correcta clasificación de la simulación (69.2 vs. 57%) al modelo con F1 y F2,  $Z = 2.88$ ,  $p < .001$ .

## **Discusión**

Este estudio tiene unas limitaciones en su diseño que es preciso tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados: a) los participantes no estaban inmersos en una evaluación en el contexto forense por lo que la tarea no puede ser generalizable en toda su extensión directamente a dicho campo, b) los resultados de este estudio, tanto en la evaluación de las secuelas psíquicas del acoso escolar como sobre todo en el diagnóstico diferencial de simulación no son generalizables a otros instrumentos de medida, incluidas las versiones para adultos del MMPI (MMPI, MMPI-2, MMP-RF), c) los resultados no son generalizables a otras tipologías de delito porque las secuelas psíquicas pueden no ser las mismas y porque las estrategias de simulación seguidas por los sujetos varían de unos contextos a otros (Resnick, West y Payne, 2008) (la validez de los resultados ha de ser contrastada con muestras forenses y con otras medidas tal como la entrevista clínica) y e) los participantes son sólo simuladores, no disponiendo de verdaderas víctimas de acoso escolar para contrastarlas con las simuladoras y acercarnos a los *falsos positivos*. Con estas limitaciones en mente, de los resultados del estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

- Contrariamente a la predicción del modelo clínico-criminológico (American Psychiatric Association, 2002), los participantes en condiciones de simulación cooperan con la evaluación. Este resultado es una constante a lo largo de la evaluación en el contexto forense (Arce et al., 2006, 2009; Greene, 2008).
- La versión del MMPI para adolescentes cumple los mismos cometidos en la evaluación forense del daño que sus versiones para adultos, MMPI-2 y MMPI-RF, ya que proporciona una aproximación diagnóstica tanto al daño directo (i.e., TEP), en este caso del acoso escolar, como indirecto (problemas psicossomáticos, ansiedad, depresión o problemas en las relaciones interpersonales), al tiempo que facilita una aproximación al diagnóstico diferencial de simulación a través de las escalas e índices de validez.
- En la evaluación de las secuelas del acoso escolar el MMPI-A se ha mostrado como instrumento facilitador de la simulación con una tasa efectiva de simulación del daño directo e indirecto entre el 60 y el 90%. Estos resultados son consistentes con la literatura con adultos que cifra dicha tasa entre el 86 y el 94% (Resnick et al., 2008), llegando al 100% en casos entrenados (Vilariño et al., 2009). En consecuencia, por sí mismo no es suficiente para la evaluación del daño. Adicionalmente, al tratarse de un instrumento de medida en tarea de reconocimiento, tampoco cumple con el requisito legal de establecer una relación inequívoca de causa efecto entre los hechos enjuiciados y el daño.
- Los sujetos en condiciones de simulación siguen 4 tipos de estrategias en las respuestas al MMPI-A que se han de considerar a la hora de evaluar un protocolo forense: agrupación indiscriminada de síntomas, severidad de síntomas, síntomas obvios y síntomas raros.
- Las escalas de control F (F, F1 y F2) se han mostrado muy efectivas (tamaños del efecto grandes) en la discriminación entre respuestas honestas y simuladas. Éstas tiene por objeto la detección de las

estrategias de simulación basada en síntomas (cuasi)raros y obvios (Rogers, 2008b).

- f) El índice de Gough, F-K, que también se ha mostrado muy productivo en la discriminación entre respuestas honestas y simuladas, es especialmente sensible en casos de evaluación de trastorno por estrés postraumático, que es el caso forense. Así pues a la potencia estadística del índice hay que sumar la potencia específica para la detección de la simulación de TEP (Rogers et al., 2003).
- g) La agrupación indiscriminada de síntomas no es medida específicamente por ninguna de las escalas e índices de validez del MMPI-A. A este respecto, el forense habrá de estar atento a las elevaciones en los perfiles, a si los perfiles resultantes son interpretables (ver Graham, 2006; pp. 95–113) o a si son poco frecuentes en poblaciones clínicas, esto es, patrones espurios (Rogers, 2008b).
- h) En el campo forense, el criterio de decisión ha de ser estricto: los falsos negativos no son admisibles, esto es, el forense no puede informar que un protocolo simulado es honesto por las implicaciones que tiene para la condena del encausado (e.g., *in dubio pro reo*, principio de duda razonable). Sobre la base de la búsqueda de un criterio de decisión estricto (sin falsos negativos), el criterio de decisión obtenido a partir de las escalas e índices de control del MMPI-2 no es válido ni suficiente para su aplicación directa en el contexto forense, ya que no logra controlar los falsos negativos. Por esa razón el MMPI-A ha de ser complementado con otros instrumentos, requiriéndose la asunción de una aproximación multimétodo (Arbisi, 2005) que combine la técnica psicométrica, MMPI (Rogers et al., 2003), con la entrevista, en este caso la entrevista clínico-forense (Vilariño, Arce y Fariña, 2013).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Financiación

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.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., text. rev.). Barcelona: Masson.
- Arbisi, P. A. (2005). Use of the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations. En J. N. Butcher (Ed.), *Practitioners handbook for the MMPI-2* (pp. 407–442). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, 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., Carballal, 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., Jarne, J., Peró, M. y Guàrdia, J. (2011). Child custody assessment: A field survey of Spanish forensic psychologists' practices. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 3, 107–128.
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V. y Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 84–94.
- Bargal, N., Ben-Shakhar, G. y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22, 267–275.
- Baum, L. J., Archer, R. P., Forbey, J. D. y Handel, R. W. (2009). A review of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent (MMPI-A) and the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) with an emphasis on juvenile justice samples. *Assessment*, 16, 384–400.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (2003). *MMPI-A: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E. y Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65–83.
- Dempsey, A. y Storch, E. (2008). Relational victimization: The association between recalled adolescent social experiences and emotional adjustment in early adulthood. *Psychology in the Schools*, 45, 310–322.
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R. y Martín, J. (2013). El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. *Revista de Educación*. Doi: 10-4438/1988-592X-RE-2011-362-164.
- 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.
- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S. y Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: LEA.
- Gini, G. y Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123, 1059–1065.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B. y Malhi, G. S. (2006). Do bullied children become anxious and depressed adults? A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194, 201–208.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4a ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Greene, R. L. (2008). Malingering and defensiveness on the MMPI-2. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a ed., pp. 159–181). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Handel, R. W., Archer, R. P., Elkins, D. E., Mason, J. A. y Simonds-Bisbee, E. C. (2011). Psychometric properties of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent (MMPI-A) clinical, content, and supplementary scales in a forensic sample. *Journal of Personality Assessment*, 93, 566–581.
- Hawker, D. S. y Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441–455.
- Hilts, D. y Moore, J. M. (2003). Normal range MMPI-A profiles among psychiatric inpatients. *Assessment*, 10, 266–272.
- Jiménez, T. I. y Lehallé, H. (2012). La violencia escolar entre iguales en alumnos populares y rechazados. *Psychosocial Intervention*, 21, 77–89.
- Jiménez, F., Sánchez, G. y Tobón, C. (2009). A social desirability scale for the MMPI-2. Which of the two: Wiggins (WSD) or Edwards (ESD)? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 147–163.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S. y Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40–49.
- Ledley, D. R., Storch, E. A., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Moser, J. y Bravata, E. (2006). The relationship between childhood teasing and later interpersonal functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 33–40.
- Lila, M., Herrero, J. y Gracia, E. (2008). Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*, 43, 333–350.
- Lila, M., Musitu, G. y Buelga, S. (2000). Adolescentes colombianos y españoles: diferencias, similitudes y relaciones entre la socialización familiar, la autoestima y los valores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 301–319.
- McCabe, R. E., Antony, M., Summerfeldt, L., Liss, A. y Swinson, R. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 187–193.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U. y Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A. W. Kane y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 70–84). Nueva York, NY: Springer.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Oñate, A. y Piñuel, I. (2007). *Acoso y violencia escolar en España*. Madrid: IEEDI.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J. y Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms across the life span. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472–478.
- Povedano, A., Hendry, L. B., Ramos, M. J. y Varela, R. (2011). Victimización escolar: Clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*, 20, 5–12.
- Resnick, P. J., West, S. y Payne, J. W. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a ed., pp. 109–127). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men and bi-sexuals. *Crisis*, 25, 114–121.
- Robers, S., Zhang, J., Truman, J. y Snyder, T. D. (2011). *Indicators of school crime and safety: 2011* (Pub. No. NCES 2012-002/NCJ 236021). Washington, DC: U.S. Department of Education and U.S. Department of Justice. Extraído de <http://nces.ed.gov/pubs2012/2012002.pdf>
- Rogers, R. (2008a). 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. (2008b). Detection of strategies for malingering and defensiveness. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3a ed., pp. 14–35). 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.
- Romera, E. M., Del Rey, R. y Ortega, R. (2011). Factores asociados a la implicación en bullying: un estudio en Nicaragua. *Psychosocial Intervention*, 20, 161–170.

- Roth, D. A., Coles, M. E. y Heimburg, R. G. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *Anxiety Disorders*, 16, 149-164.
- Schenk, A. M. y Fremouw, W. J. (2012). Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students. *Journal of School Violence*, 11, 21-37.
- Schneider, S. K., O'Donnell, L., Stueve, A. y Coulter, R. W. S. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102, 171-177.
- Solberg, M. E. y Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 239-268.
- Storch, E. A., Roth, D. A., Coles, M. E., Heimburg, R. G., Bravata, E. A. y Moser, J. (2004). The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 681-694.
- United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Viena: Author.
- 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.