



DOCTRINA PRÁCTICA

Daño psicológico en las víctimas de delitos violentos

Implicaciones psicológicas y jurídicas*

Pedro J. Amor**

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Enrique Echeburúa***

Universidad del País Vasco, España

Miguel Á. Carrasco****

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

SUMARIO

1. Introducción.— 2. ¿Qué es el daño psicológico?— 3. Tipos de víctimas y victimización secundaria.— 4. Consecuencias de la victimización dentro del contexto familiar.— 5. Evaluación del daño psicológico.— 6. A modo de conclusión.— 7. Referencias bibliográficas.



RESUMEN

El artículo aborda la evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Los autores centran su atención en: a) la definición del daño psicológico y su evaluación, distinguiendo las lesiones psíquicas de las secuelas emocionales y exponiendo las principales diferencias entre la evaluación clínica y la evaluación forense; b) los tipos de víctimas y victimización



ABSTRACT

The article discusses the evaluation of psychological damage in victims of violent crimes. The authors focus their attention in: a) the definition of psychological damage and its evaluation, distinguishing psychic injuries from emotional consequences, and exposing the main differences between clinical and forensic evaluation; (b) the types of victims and secondary victimization; (c) the consequences of victimization within

* Trabajo revisado y actualizado después de su primera publicación en B. GARCÍA RODRÍGUEZ, M. A. CARRASCO y A. SERRANO (eds.), *Psicología forense. Ámbitos de aplicación*, vol. 2, Madrid: Sanz y Torres, 2010, pp. 87-116.

** Profesor de Psicología de las Diferencias Individuales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España).

*** Profesor de Psicología Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (España).

**** Profesor de Evaluación Psicológica de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España).



secundaria; c) las consecuencias de la victimización dentro del contexto familiar; y d) la evaluación del daño psicológico.

Palabras clave: Daño psicológico / Lesiones psíquicas / Secuelas emocionales / Victimización secundaria / Evaluación clínica y forense

Recibido: 22-08-16

Aprobado: 19-10-16

Publicado en línea: 01-11-16



the family context; and (d) the evaluation of psychological damage

Keywords: *Psychological damage / Psychic injuries / Emotional consequences / Secondary victimization / Clinical and forensic evaluation.*

Title: *Psychological damage to the victims of violent crimes. Psychological and legal implications*

1. Introducción

En este artículo se aborda un tema de gran interés para los psicólogos forenses: la evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Es oportuno dedicar un artículo a las víctimas directas de delitos violentos, que en el pasado han sido “invisibles” ante el derecho y la dogmática penal, el sistema judicial y la criminología¹, muchas veces consideradas como mero “sujeto pasivo” o como titular del interés lesionado por el delito, e incluso, aun peor, como “agentes causales” de su propia victimización.

La práctica de la psicología forense dentro de este ámbito no resulta nada fácil por la complejidad de una evaluación *post hoc*. El profesional debe determinar con precisión el daño psicológico derivado directamente de la victimización, lo que resulta complejo

porque en cada persona existen rasgos de personalidad, factores de vulnerabilidad o de resistencia previos al suceso traumático y, en algunos casos, una historia de victimización. Es más, durante la evaluación pueden darse por parte de la víctima intentos de simulación (exagerar los síntomas para obtener un beneficio o evitar un perjuicio) o de disimulación (ocultar o minimizar los síntomas para evitar un estigma social).

Otra dificultad añadida es explorar la credibilidad del testimonio y no generar victimización secundaria, máxime cuando la relación entre quien evalúa y quien es evaluado no es igual que en un contexto de intervención clínica. En estos casos resulta conveniente, entre otros aspectos, establecer un *rapport* adecuado y no abusar de la administración de test, una vez que se han evaluado adecuadamente el daño psicológico y la veracidad del testimonio.

Por otra parte, las falsas denuncias son poco frecuentes en el ámbito de las agresiones sexuales de víctimas adolescentes o adultas. Tampoco son habi-

1 HERRERA, M., “Historia de la victimología”, en BACA BALDOMERO, Enrique, Enrique ECHEBURÚA ODRIOSOLA y Josep María TAMARIT SUMALLA (coord.), *Manual de victimología*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2006, pp. 51-74.

tuales los testimonios falsos (fenómeno de *simulación*) cuando se trata de niños afectados por abusos sexuales, excepto en los casos en que los niños son objeto de manipulación por parte de los padres en el marco de un divorcio conflictivo. Al contrario, es más frecuente en los niños retractarse de un testimonio real de abuso sexual (fenómeno de *disimulación*) bajo la presión de la familia o por el temor a represalias.

Los contenidos de este artículo toman como referencia a las víctimas de delitos violentos y se centran en los siguientes aspectos: a) definición del daño psicológico y su evaluación, distinguiendo las lesiones psíquicas de las secuelas emocionales y exponiendo las principales diferencias entre la evaluación clínica y la evaluación forense; b) tipos de víctimas y victimización secundaria; c) consecuencias de la victimización dentro del contexto familiar; y d) evaluación del daño psicológico.

2. ¿Qué es el daño psicológico?

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un delito violento; y por otro, a las *secuelas emocionales* que pueden persistir en la víctima de forma crónica y que interfieren negativamente en su vida cotidiana. Cuando se produce el daño psíquico, se ve alterada la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación².

2 Vid. PYNOOS, R., S. SORENSON, y A. STEINBERG, "Interpersonal violence and traumatic

IMPORTANTE

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un delito violento; y por otro, a las *secuelas emocionales* que pueden persistir en la víctima de forma crónica y que interfieren negativamente en su vida cotidiana.

El daño psicológico cursa habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una *reacción de sobrecogimiento*, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento global, caracterizado por lentitud, abatimiento general, pensamientos de incredulidad y pobreza de reacciones. La víctima se encuentra metida como en una *niebla intelectual*³. En una segunda fase, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de *shock*, se abren paso *vivencias afectivas dramáticas* (dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, etc.) que alternan con momentos de profundo abatimiento. Y, por último, hay una *tendencia a revivir intensamente el suceso*, bien de forma espontánea o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido o incluso un olor) o de algún estímulo más general (una película violenta, el

stress reactions", en GOLDBERGER, L. y BREZNITZ, S. (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, 2.ª ed., New York: Free Press, 1993.

3 TRUJILLO, M., *Psicología para después de una crisis*, Madrid: Aguilar, 2002.

aniversario del suceso, el cumpleaños, la celebración de la Navidad, etc.).

El grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad/duración del hecho y la significación emocional del suceso sufrido, el carácter inesperado del acontecimiento y el grado real de riesgo experimentado, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima⁴.

2.1. Lesiones psíquicas

La lesión psíquica se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que la incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social.

Este concepto de *lesión psíquica*, que es medible por medio de instrumentos de evaluación adecuados, debe sustituir al de *menoscabo de la integridad moral*,

que es una noción más imprecisa, subjetiva y que implica más una percepción de perjuicio a los bienes inmateriales del honor o de la libertad que el malestar emocional propiamente dicho (Tabla 1)⁵.

Tabla 1
Daño psíquico en víctimas de delitos violentos

- Ansiedad
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas
- Depresión
- Pérdida progresiva de confianza personal debida a los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados
- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes
- Falta o pérdida del deseo sexual
- Disminución de la autoestima
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento)
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida

Las lesiones psíquicas más frecuentes son las alteraciones adaptativas (con un estado de ánimo deprimido, ansioso o mixto), el trastorno de estrés

4 BACA BALDOMERO, Enrique y María Luisa CABANAS (eds.), *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela, 2003.

5 Vid. ESBEC, E., "Evaluación psicológica de la víctima", en ESBEC, E. y G. GÓMEZ-JARABO, *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, Madrid: Edisofer, 2000 (modificado).

postraumático (TEPT) o la descompensación de una personalidad anómala. Más en concreto, a nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y su futuro); a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos y problemas para tener un sueño reparador; y, por último, a nivel de las conductas observables, puede mostrarse apática, evitativa y con dificultades para retomar la vida cotidiana⁶.

2.2. Secuelas emocionales

Las secuelas emocionales, a modo de *cicatrices psicológicas*, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un *menoscabo de la salud mental*.

Las alteraciones psíquicas más frecuentes en las víctimas de sucesos violentos se refieren a la modificación

permanente de la personalidad, según el apartado F62.0 de la *CIE-10*⁷, es decir, a la aparición o a la acentuación marcada de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptables (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia o irritabilidad) que se mantienen durante, al menos, 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral⁸.

Esta transformación persistente de la personalidad puede ser un estado crónico o constituir una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático complejo (F43.1), que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un suceso violento o una revictimización⁹.

La dificultad de valoración de las secuelas emocionales estriba en la evaluación *post hoc*, en donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la inestabilidad emocional previa de la víctima, así como en la necesidad de establecer un pronóstico diferido (curabilidad/incurabilidad).

6 ACIERNO, R., D. G. KILPATRICK, y H. S. RESNICK, "Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity", en SAIGHM, P. A. y J. D. BREMNER (eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, Inc., 1999.

7 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.

8 ESBE, "Evaluación psicológica de la víctima", art. cit.

9 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS y Paz DE CORRAL GARGALLO, "Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos", en *Psicothema*, vol. 14 (supl.), 2002, pp. 139-146.

3. Tipos de víctimas y victimización secundaria

Se han realizado múltiples clasificaciones de las víctimas: algunas centradas en el proceso de victimización; y otras, en función del grado de participación en la victimización sufrida. Al margen de estas clasificaciones, se ha optado por hacer referencia, por una parte, a la diferencia entre víctimas directas e indirectas y, por otra, a la distinción entre víctimas de riesgo y víctimas vulnerables.

3.1. Víctimas directas e indirectas

El alcance de un acontecimiento traumático puede compararse a una piedra arrojada en un estanque, en la medida en que origina un efecto onda y un efecto contagio. Utilizando este símil, el suceso traumático origina ondas que no solo afectan a las víctimas propiamente dichas, sino también a aquellos que están cerca de ellas¹⁰. De esta forma, la onda expansiva del suceso actúa en círculos concéntricos. En el primer círculo se encuentran las víctimas directas. El segundo círculo está constituido por los familiares, que tienen que afrontar el dolor de sus seres queridos y readaptarse a la nueva situación. Y puede haber un tercer círculo, correspondiente a los compañeros de trabajo, a los vecinos o, en general, a los miembros de la comunidad, que pueden quedar afectados por el temor y la indefensión ante aconteci-

mientos futuros (ver Figura 1). Por otra parte, el efecto contagio está relacionado con la convivencia con la víctima. Un contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido un trauma grave puede actuar como un estresor crónico en el familiar, hasta el punto de que puede ser responsable de un deterioro físico y psíquico.



Figura 1. Expansión de un suceso traumático

En este sentido, las *víctimas directas* son aquellas que han sufrido directamente el acontecimiento traumático. En un suceso de esta naturaleza lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida, una lesión física grave y la percepción del daño como intencionado¹¹. En general, las catástrofes naturales e incluso los accidentes se tienden a asumir mejor que aquellos sucesos traumáticos provocados intencionalmente por otro ser humano, en donde se pierde la confianza en las demás personas, no se entiende el porqué

10 ECHEBURÚA ODRIOSOLA, Enrique, *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*, Madrid: Pirámide, 2004.

11 ECHEBURÚA ODRIOSOLA, *Superar un trauma*, ob. cit.

de lo ocurrido y se pueden mantener durante mucho tiempo sentimientos de ira, rencor y deseos de venganza. Además, el daño psicológico generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho delictivo son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un superviviente de un accidente que ya no puede volver a ejercer su profesión¹².

A su vez, las *víctimas indirectas* son aquellas que sufren por las consecuencias del suceso traumático que ha experimentado una persona allegada (familiar, amigo íntimo, etc.), por ejemplo, la violación de una hija o hermana, el asesinato de un hijo, etc.

Aunque hoy en día existe una amplia red asistencial y de ayuda para las víctimas directas, no ocurre lo mismo con las víctimas indirectas, que se las podría considerar las grandes olvidadas de los servicios asistenciales y de ayuda (por falta de recursos o simplemente por no reparar en que pueden requerir ayuda).

3.2. Víctimas de riesgo

Conviene diferenciar dos aspectos conceptualmente distintos: el nivel de riesgo de convertirse en víctima y la probabilidad de sufrir mayor o menor impacto emocional tras haber sido victimizado. En este sentido, las *víctimas de riesgo* son aquellas que muestran una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito violento porque constituyen una presa fácil para quien

las agrede. En cambio, las *víctimas vulnerables* son aquellas que tienen una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber experimentado un delito violento (sean o no víctimas de riesgo).

Los *factores de riesgo* aluden a la tendencia del agresor a elegir a una víctima atractiva o cuya agresión pueda quedar impune. Así, algunos factores de riesgo son *estables* (pertenecer al sexo femenino, ser joven, ser inmigrante, vivir sola, carecer de recursos familiares y sociales, padecer una discapacidad mental, etc.); otros, por el contrario, son *situacionales* (haber consumido alcohol o drogas en exceso en lugares nocturnos, frecuentar entornos marginales o peligrosos, relacionarse con alguien violento o que consume abusivamente drogas, etc.). En estos casos, y al margen de que la responsabilidad del delito recae siempre en la persona que agrede, puede haber una imprudencia temeraria por parte de la víctima.

Ciertamente, los factores de riesgo de victimización pueden ser diferentes en función del tipo de delito y de otras variables contextuales. Específicamente, los principales factores de riesgo de violencia de pareja tienen que ver con parejas jóvenes, sobre todo cuando lo es la mujer y cuenta con una escasa formación o con problemas de dependencia económica o emocional. El perfil de mayor riesgo está constituido por una mujer con antecedentes de maltrato (como víctimas o como testigos) o de abuso sexual en la infancia, con una

12 *Ibid.*

discapacidad o alteración psíquica o física, con una personalidad débil o poco asertiva, con baja autoestima, con carencias afectivas, con una dependencia económica del agresor, con un aislamiento social y familiar y con unos roles sociales tradicionales fuertemente enraizados. En la violencia de pareja el momento de máximo riesgo físico para la mujer puede ser el momento de la separación, cuando la mujer se rebela y cuando él se da cuenta de que la separación es algo inevitable. Cortar esos *lazos traumáticos* requiere, con frecuencia, la ayuda de otras personas o de mecanismos sociales protectores¹³.

En cuanto al abuso sexual en la infancia, los menores de mayor riesgo son las niñas carentes de afecto, con una situación familiar conflictiva o desestructurada, en donde hay una ausencia del padre biológico y en donde son frecuentes el maltrato del padre (o padrastro) a la madre o la enfermedad crónica de la madre¹⁴.

Por otra parte, el riesgo de ser víctima de la *violencia urbana* (por ejemplo, robos a mano armada, agresiones físicas, secuestros, etc.) está relacionado con ser hombre, tener entre 18 y 25 años y consumir abusivamente alcohol y drogas¹⁵.

- 13 SARASUA SANZ, Belén e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, *Violencia en la pareja*, Málaga: Aljibe, 2000.
- 14 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, y Cristina GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*, Madrid: Ariel, 2000.
- 15 CRUZ, J. M., "La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciuda-

3.3. Victimización secundaria

3.3.1. Definición y contextos de victimización

La *victimización secundaria* constituye el conjunto de costes personales que tiene para la víctima de un hecho delictivo su intervención en el proceso penal en el que el delito es objeto de enjuiciamiento¹⁶. Por lo tanto, esta victimización proviene de la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal (policía o sistema judicial) o, por extensión, entre la víctima y unos servicios sociales defectuosos¹⁷. Cuando se da la victimización secundaria, la víctima experimenta una *doble herida: psíquica* (relacionada con el trauma sufrido) y *social* (asociada a la incompreensión familiar o social experimentada o, a veces, al apoyo que se le pueda dar al agresor).

La victimización secundaria puede derivar de la mala práctica en diferentes circunstancias y contextos: interrogatorios policiales o judiciales, exploración médico-forense, contacto con el agresor en el juicio oral, acusaciones por parte del agresor de haber sido provocado,

des de América Latina y España", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 5, 1999, pp. 259-267.

- 16 TAMARIT SUMALLA, Josep María, "La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas", en BACA BALDOMERO, Enrique, Enrique ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, y Josep María TAMARIT SUMALLA (coord.), *Manual de victimología*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2006, pp. 17-47.
- 17 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, *Superar un trauma*, ob. cit.

tratamiento morboso del suceso y presentación de datos personales y de la vida de las víctimas por parte de los medios de comunicación, etc. (ver Tabla 2¹⁸).

Por otra parte, existen casos en los que la victimización secundaria se puede ver facilitada por determinados

comportamientos o circunstancias particulares de las víctimas. Por ejemplo, acudir a denunciar con signos de embriaguez, desahogarse con ira ante el juez u otros profesionales, desear seguir en convivencia con el agresor, solicitar la retirada de la denuncia, etc.

Tabla 2
Posibles fuentes de victimización secundaria

Colectivo	Interés	Riesgo de victimización secundaria
Policía	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer los hechos - Realizar los trámites burocráticos (toma de la declaración, cotejo de fotografías, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - No informar a la víctima adecuadamente del estado de las investigaciones
Médicos forenses	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionar la salud mental o credibilidad del testimonio de la víctima en la prueba pericial.
Jueces	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar el ordenamiento jurídico - Perseguir a los culpables 	<ul style="list-style-type: none"> - No proteger suficientemente a las víctimas. - Poner en duda la declaración de la víctima basándose en la aplicación del principio <i>in dubio pro reo</i>.
Sistema de justicia	<ul style="list-style-type: none"> - Resolver la denuncia 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligar a repetir la declaración y las exploraciones. - No informar sobre la situación procesal. - Demorar la celebración del juicio y la conclusión del proceso penal. - Tildar de mentirosa a la víctima, injuriarla o incluso amenazarla (por la parte denunciada).
Juicio oral	<ul style="list-style-type: none"> - Resolver la denuncia con la presencia de las partes implicadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Revivir el hecho en público, enfrentándose, a veces, a preguntas poco delicadas y que pueden poner en duda su relato de los hechos, mucho tiempo después del delito.
Medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Publicar información sobre sucesos de interés público - Incrementar los niveles de audiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar juicios paralelos. - Filtrar la intimidad de la víctima al gran público. - Buscar una forma de justificar lo ocurrido (p. ej., ausencia de denuncias previas, etc.).
Ámbitos asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que la víctima se recupere física y psicológicamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Quitar importancia a las quejas de la víctima. - Considerar que está simulando síntomas. - No respetar los tiempos en su proceso de recuperación.

3.3.2. Prevención de la victimización secundaria en diferentes ámbitos

Desde una perspectiva amplia, la prevención secundaria no se limita a

los profesionales del ámbito judicial o al resto de profesionales que asisten o que tienen contacto con las víctimas, sino que también concierne a las propias víctimas, a quienes les agreden (en el caso de los delitos violentos) y a la sociedad en general. Desde esta pers-

18 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, *Superar un trauma*, ob. cit. (cuadro modificado)

pectiva, no resulta fácil establecer unos criterios generales para prevenir la victimización secundaria. Ahora bien, desde cada ámbito de actuación —abogacía, trabajo social, medicina, policía, psicología, etc.—, conviene disponer de los conocimientos necesarios sobre la problemática consustancial al tipo concreto de victimización (maltrato, agresión sexual, terrorismo, tortura, secuestro, etc.) y sobre las circunstancias específicas en función de la vivencia de cada víctima y de su situación personal. De este modo, se debe actuar conforme a esos conocimientos y al código deontológico de cada ámbito profesional, mostrando sensibilidad hacia las necesidades de las víctimas y tratándolas con comprensión, dignidad y respeto.

Asimismo, el Estado y los Estados de la UE, además de reconocer la victimización secundaria, y con el fin de proteger mejor a las víctimas, a los profesionales y a la sociedad en su conjunto, han ido presentando diferentes recomendaciones y leyes, como, por ejemplo, las siguientes: a) recomendación de 1985 del Consejo de Europa (trato policial a la víctima, ayudas materiales a las que tiene derecho, interrogatorio cuidadoso y considerado); b) R. D. 673/1992 del 19 de junio y R. D. 1.879/1994 del 16 de setiembre (resarcimientos por daños a víctimas de bandas armadas y acciones terroristas); c) L. O. 19/1994 del 23 de diciembre (protección de testigos y peritos en causas criminales); d) L. O. 35/1995, BOE 296, del 12 de diciembre de 1995 (*Ayu-*

das y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y Contra la Libertad Sexual); y e) R. D. 738/1997, BOE 126, del 27 de mayo de 1997 (*Reglamento de Ayudas a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual*).

IMPORTANTE

La lesión psíquica se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que la incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social.

En este sentido, resulta fundamental conocer la situación de la víctima en las diferentes fases del proceso penal (denuncia a la policía, intervención en el proceso penal, veredicto final y postsentencia), así como las posibles fuentes de victimización secundaria o segunda victimización¹⁹.

Otra forma de prevenir la victimización secundaria dentro de la *actividad pericial psicológica* es partir del principio de intervención mínima²⁰ o, dicho en

19 Cfr. ALBARRÁN OLIVERA, A. J., “Psicología forense y victimología”, en URRÁ PORTILLO, J. (comp.), *Tratado de psicología forense*, Madrid: Siglo XXI de España, 2002, pp. 327-363.

20 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, José Manuel MUÑOZ VICENTE, y Ismael LOINAZ CALVO, “La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro”, en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 11, n.º 1, 2011.

otras palabras, no abusar de la administración del test una vez que se ha evaluado adecuadamente el daño psicológico y la veracidad del testimonio.

En cuanto a las víctimas de delitos, es necesario apoyarlas para que dejen de ser víctimas y puedan reinsertarse socialmente (desvictimización) y para prevenir la revictimización²¹, sobre todo en las víctimas de mayor riesgo (p. ej., mujeres maltratadas, personas discapacitadas que fueron abusadas sexualmente, víctimas de abuso sexual, etc.). Así, en mujeres maltratadas es importante, entre otros aspectos, elaborar un plan de seguridad individualizado para incrementar la seguridad de la mujer, tal y como se indica en LABRADOR, RINCÓN, DE LUIS y FERNÁNDEZ-VELASCO²².

Igualmente, en determinadas víctimas de abuso sexual se puede aceptar la comparecencia antes del juicio oral mediante la *prueba anticipada*—declarar con anterioridad al juicio oral ante el juez en el momento más oportuno psicológicamente, para que la declaración interfiera lo menos posible en la evolución psicológica del niño—, o incluso la no comparecencia en el juicio oral ante los supuestos de incapacidad del menor para declarar

o ante el riesgo de causación de daños psíquicos relevantes si se lleva a cabo la declaración²³. Para más información sobre el control de la victimización secundaria de las víctimas de abuso sexual y la jurisprudencia vinculada a la declaración se remite a ECHEBURÚA y SUBIJANA²⁴.

4. Consecuencias de la victimización dentro del contexto familiar

La violencia familiar se refiere a las agresiones físicas, psíquicas o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar por parte de un familiar, que vulneran la libertad de otra persona y que le causan un daño físico o psicológico²⁵. Existe un elevado porcentaje de estas agresiones que no se denuncian, especialmente aquellas en las que no hay daños físicos aparentes. Aunque gran parte de las características de estas diferentes formas de violencia son compartidas, existen peculiaridades e implicaciones en cada una de ellas que

21 TAMARIT SUMALLA, Josep María y Carolina VILLACAMPA ESTIARTE, *Victimología, justicia penal y justicia reparadora*, Colombia: Editorial Ibáñez, 2006.

22 Vid. LABRADOR, F. J., P. P. RINCÓN, P. DE LUIS y R. FERNÁNDEZ-VELASCO, *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación*, Madrid: Pirámide, 2004.

23 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, e Ignacio José SUBIJANA ZUNSUNEGUI, “Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente”, en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, 2008, pp. 733-749.

24 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA e SUBIJANA ZUNSUNEGUI, “Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente”, art. cit.

25 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS, Belén SARASUA SANZ e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, “Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo”, en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, 1997, pp. 7-19.

los psicólogos forenses deben conocer para evaluar y asesorar adecuadamente a la Administración de Justicia. Nos centraremos en tres formas específicas de violencia familiar: la violencia contra las mujeres, los menores y los ancianos.

IMPORTANTE

Las secuelas emocionales, a modo de *cicatrices psicológicas*, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un *menoscabo de la salud mental*.

4.1. Mujeres maltratadas

4.1.1. Delimitación y consecuencias

La violencia familiar representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las consecuencias psicopatológicas que produce en las víctimas²⁶. Según los estudios realizados en EE. UU., entre el 15 % y el 30 % de las mujeres sufren algún tipo de agresión en la relación de pareja²⁷.

La violencia en la pareja puede revestir diversas formas. Una de ellas es el *maltrato físico*, que ocurre cuando las conductas implicadas (puñetazos, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, etc.) son la expresión de un abuso físico. La situación de máximo riesgo para la integridad de la mujer puede situarse en el momento de la separación, cuando el agresor se da cuenta de que la pérdida es ya algo inevitable. Otra manifestación de la violencia intrafamiliar es el *maltrato psicológico*, que puede ser reflejo de diversas actitudes por parte del maltratador: *hostilidad*, que se presenta en forma de reproches, insultos y amenazas de violencia física o de muerte (en casos extremos); *desvalorización*, que supone un desprecio continuado de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e *indiferencia*, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y a los estados de ánimo de la mujer.

Por otra parte, el *maltrato sexual* tiene unas repercusiones extremadamente nocivas para la salud física y

26 NACIONES UNIDAS, *Violence against women in the family*, New York, 1987.

27 GOLDMAN, L. S., D. HORAN, C. WARSHAW, S. KAPLAN, y M. B. HENDRICKS-MATTHEWS, *Diagnostic and treatment guidelines on mental health effects of family violence*, Chicago: American Medical Association, 1995; O'LEARY, K.D. y ARIAS, I., "Prevalence, correlates and

development of spouse abuse", en PETERS, R.D. y McMAHON, R.J., (eds.), *Social learning in system approaches to marriage and the family*, New York: Brunner/Mazel, 1988; STITH, S., M. WILLIAMS y K. ROSEN, *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Bilbao: Desclee de Brouwer, 1992 (original, 1990); STRAUS, M. A. y R. J. GELLES, "How violent are American families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies", en STRAUS, M. A. y R. J. GELLES (eds.), *Physical Violence in American Families*, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.

emocional de las víctimas, que son muy similares a las producidas en las víctimas de agresión sexual fuera de las relaciones de pareja. Este tipo de maltrato emerge menos al exterior que las restantes formas de violencia por diversos factores, entre los que destacan el temor a la victimización secundaria (p. ej., miedo a no ser comprendida o ser ridiculizada y culpada) y la consideración de que es un tipo de maltrato que parece concernir más al ámbito privado o íntimo de la pareja que otros tipos de agresiones. Es más, no se suele hablar de “agresiones sexuales” causadas por parte de la pareja (término que sugiere mayor gravedad), sino de “maltrato sexual”.

El maltrato doméstico representa un claro factor de riesgo para la salud física y psicológica. Desde el punto de vista *físico*, las víctimas de maltrato muestran menos salud general que el resto de mujeres, lo que se traduce en molestias y dolores diversos, en trastornos asociados al estrés y en una mayor debilidad del sistema inmunitario, que les hace más vulnerables ante infecciones y otros problemas de salud²⁸.

Desde un punto de vista psicopatológico, la violencia de pareja puede generar múltiples problemas, tales como el trastorno de estrés posttraumático, sintomatología ansioso-depresiva, baja autoestima, ansiedad excesiva y, en ge-

neral, un elevado grado de inadaptación a la vida cotidiana²⁹.

4.1.2. Implicaciones legales y forenses

En la actualidad, la denominada violencia de género está regulada por la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*³⁰. Se trata de una Ley Integral que incorpora medidas de diferente índole: a) *penales*: prisión provisional, libertad provisional, prohibición de comunicación, aproximación o residencia a la víctima, fianza y embargo de los bienes del agresor; b) *civiles*: suspensión del régimen de visitas, retirada de custodia de los hijos, atribución de uso y disfrute de domicilio, fijación de prestación alimenticia, etc.; y c) *sociales*: protección de las víctimas, retirada de armas, etc. Se trata, en suma, de una ley que prevé medidas de control del agresor, enjuiciamiento rápido y abreviado y protección de la víctima.

28 Cfr. CAMPBELL, J. C., “Health consequences of intimate partner violence”, en *The Lancet*, vol. 359, 2002, pp. 1331-1336.

29 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA *et al.*, “Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo”, art. cit.; GOLDING, J. M., “Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis”, en *Journal of Family Violence*, vol. 14, 1999, pp. 99-132; McGRUDER-JOHNSON, A. K., E. S. DAVIDSON, D.H. GLEAVVES, W. STOCK y J. F. FINCH, “Interpersonal violence and posttraumatic symptomatology. The effects of ethnicity, gender, and exposure to violent events”, en *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 15, 2000, pp. 205-221.

30 BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 314 (29-12-2007). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.

Las tareas del psicólogo forense en el ámbito de la violencia de género abarcarán, no solo la evaluación de la víctima (p. ej., lesiones y secuelas) y del agresor (p. ej., riesgo, imputabilidad), sino también la evaluación de la idoneidad con respecto a la guarda y custodia de los hijos, si los hubiera, y el asesoramiento sobre los procedimientos de protección de menores.

¿SABÍA USTED QUE?

[Una] forma de prevenir la victimización secundaria dentro de la *actividad pericial psicológica* es partir del principio de intervención mínima o, dicho en otras palabras, no abusar de la administración del test una vez que se ha evaluado adecuadamente el daño psicológico y la veracidad del testimonio.

4.2. Maltrato infantil

4.2.1. Delimitación y consecuencias

Una de las expresiones de la violencia familiar con más graves consecuencias en la vida futura de una víctima es la que se produce durante su infancia de mano de sus propios padres. Se estima que las cifras de maltrato infantil oscilan entre el 0.2 % y el 2 % según el tipo de maltrato recibido, siendo el abandono y el maltrato emocional los más prevalentes³¹. No obstante, estas cifras au-

mentan cuando se solicita información a los menores sobre el trato que les dan sus padres³². El estado de inmadurez y de dependencia familiar, característico de un menor en proceso de desarrollo, lo hace especialmente vulnerable a la adversidad de la violencia procedente del contexto de seguridad y protección que se atribuye y tiene asignado la familia.

Genéricamente, se habla de maltrato infantil ante cualquier actuación parental no accidental, por acción u omisión, cuyo resultado supone infligir un daño al menor del que se deriva una privación de su cuidado, sus derechos y deberes, impidiendo su óptimo desarrollo y la satisfacción de sus necesidades básicas³³.

Específicamente, el maltrato puede adoptar diferentes formas que se traducen en los distintos tipos de maltrato³⁴:

fancia y Aprendizaje, vol. 71, 1995, pp. 49-58; INGLÉS, A., "Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre malos tratos infantiles en Cataluña", en *Infancia y Aprendizaje*, vol. 71, 1995, pp. 23-32; INGLÉS PRATS, Antoni, *El matracament d'infants a catalunya. Quants, com i perquè*, Departamento de Justicia, Colección Justicia i Societat, 2000; JIMÉNEZ, J., M. MORENO, A. OLIVA, J. PALACIOS, y D. SALDAÑA, *El maltrato infantil en Andalucía*, Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.

32 VIDAL, F. y R. MOTA, *Encuesta de infancia en España 2008*, Madrid: Fundación Santa María, 2008.

33 INGLÉS, "Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre malos tratos infantiles en Cataluña", art. cit.; JIMÉNEZ *et al.*, *El maltrato infantil en Andalucía*, ob. cit.; DE PAÚL *et al.*, "La prevención del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa", art. cit.

34 DE PAÚL *et al.*, "La prevención del maltrato

31 DE PAÚL, J., M. I. ARRUBARRENA, B. TORRES, y R. MUÑOZ, "La prevención del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa", en *In-*

a) *físico* (acción intencional que provoca daño físico, enfermedad en el niño o riesgo de padecerlos); b) *abandono o negligencia* (abandono de las necesidades y cuidados básicos relacionados con la protección, higiene, salud, alimentación, seguridad y educación; c) *maltrato emocional* (conductas de hostilidad, desprecio, críticas o burlas dirigidas al menor con menoscabo de una interacción infantil adecuada); y d) *abuso sexual* (utilización del menor como objeto sexual con contacto físico o sin él por parte de un agresor que intenta estimularse y satisfacerse sexualmente desde una relación asimétrica o de poder). A estos tipos de maltrato habría que añadir otras formas enmascaradas de maltrato, tales como la explotación laboral, la mendicidad infantil, el maltrato prenatal, el *Síndrome de Munchausen* por poderes (maltrato físico), el síndrome de alienación parental (maltrato psicológico) o diversas negligencias nutricionales (vacunas, privaciones de una alimentación equilibrada).

Cualquiera de estos tipos de maltrato adquiere especial relevancia por los efectos que tiene sobre la salud del menor. Las consecuencias no se limitan al alcance inmediato o limitado en el tiempo, sino que trascienden a lo largo del ciclo vital, generando importantes

consecuencias en la adolescencia y la edad adulta³⁵. Se ha discutido ampliamente sobre la especificidad-inespecificidad de los efectos derivados de cada uno de los tipos de maltrato infligidos³⁶. Si bien existen consecuencias comunes a la propia situación de maltrato, sea cual sea su expresión, aparecen efectos más claramente asociados a un tipo que a otro de maltrato. Algunos autores han coincidido en identificar un patrón más exteriorizado en los niños víctimas de maltrato físico y abandono, frente un patrón más interiorizado encontrado en los menores víctimas de maltrato emocional y sexual³⁷. Ciertamente,

infantil en la provincia de Guipúzcoa”, art. cit.; MAS, B., y M. CARRASCO, “Abuso sexual y maltrato infantil”, en COMECHE, M. I. y M. A. VALLEJO (eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia*, Madrid: Dykinson, 2005, pp. 231-264; JIMÉNEZ *et al.*, *El maltrato infantil en Andalucía*, ob. cit.

35 CARRASCO-ORTIZ, M. A., J.F. RODRÍGUEZ-TESTAL y B. M. HESSE, “Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato”, en *Child Abuse and Neglect*, (25) 6, 2001, pp. 819-838; DE PAÚL, J. y M.I. ARRUBARRENA, “Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain”, en *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, 1995, pp. 409-418; DODGE, K., G. PETTIT y J. BATES, “Effects of physical maltreatment on the development of peer relations”, en *Developmental Psychopathology*, vol. 6, 1994, pp. 43-55; ECHEBURÚA ODRIÓZOLA y GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia*, ob. cit.; FINKELHOR, D. y L. BERLINER, “Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations”, en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, 1995, pp. 1408-1423; MAS y CARRASCO, “Abuso sexual y maltrato infantil”, art. cit.

36 CARRASCO-ORTIZ *et al.*, “Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato”, art. cit.

37 (ERICKSON, M. F., B. EGELAND y R. PIANTA, “The effects of maltreatment on the development of young children”, en CICHETTI, D. y V. CARLSON (eds.), *Child maltreat-*

aunque esto pueda ser una tendencia, no ha sido siempre constatado³⁸. Lo que parece claro es que, de todos los tipos de maltrato, el abuso sexual es el que posee unos efectos más diferenciados, manifiestos a través de cambios bruscos de conducta, conductas sexuales alteradas y sintomatología disociada y postraumática³⁹.

Los efectos del maltrato en la salud de un niño son múltiples y diversos, e incluyen sintomatología física y psicológica⁴⁰ (ver Tabla 3).

ment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect, New York: Cambridge University Press, 1989, pp. 647-684; WILLIAMSON, J., C. BORDUIN, B. HOWE, "The ecology of adolescent maltreatment: A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, 1991, pp. 449-457.

38 CARRASCO-ORTIZ *et al.*, "Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato", art. cit.

39 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA y GUERRICAECHERRÍA, *Abuso sexual en la infancia*, art. cit.; INGLÉS, "Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre malos tratos infantiles en Cataluña", art. cit.; JIMÉNEZ *et al.*, *El maltrato infantil en Andalucía*, ob. cit.; LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, E. CARPINTERO, M. HERNÁNDEZ, M. J. MARTÍN, y A. FUERTES, "Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España", en *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, 1995, pp. 39-50; VÁZQUEZ-MEZQUITA, B. y M. CALLE, "Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados", en *Revista Española de Psicología Forense, Psicología Forense y Criminología*, vol. 1, 1997, pp. 14-29.

40 ARRUBARRENA MADARIAGA, María Ignacia y Joaquín DE PAÚL, *Maltrato a los niños en la familia*, Madrid: Pirámide 1994; CARRASCO-ORTIZ *et al.*, "Problemas de conducta de una

Tabla 3
Consecuencias del maltrato infantil

Inmediatas

Derivadas del maltrato físico

- Hematomas
- Fracturas
- Quemaduras
- Lesiones bucales u óseas
- Traumatismos craneales, oculares o abdominales

Derivadas de la negligencia o abandono parental

- Desnutrición
- Bajos niveles de peso y talla
- Eritemas de pañal
- Deficiencias vitamínicas o infecciones

Derivadas del abuso sexual

- Alteraciones del sueño y de la alimentación
- Problemas de control de esfínteres
- Alteraciones sexuales

A largo plazo

Derivadas de los diferentes tipos de maltrato

- Daños neurológicos
- Deformaciones óseas
- Parálisis
- Déficits en funciones cognitivas o motoras
- Déficits de salud por negligencia (p. ej., estrabismo, problemas dentales, pérdida de audición, deformaciones óseas, etc.).
- Alteraciones de pigmentación y problemas de inmunización por falta de vacunas.

Entre las consecuencias físicas más inmediatas pueden aparecer desde hematomas, fracturas, quemaduras, lesiones bucales u óseas, traumatismos craneales u oculares o traumatismos abdominales—todas ellas producto de la violencia física recibida—, hasta desnutrición, bajos niveles de peso y talla, eritemas de pañal, deficiencias vitamínicas o in-

muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato", art. cit.; ECHEBURÚA ODRIÓZOLA y GUERRICAECHERRÍA, *Abuso sexual en la infancia*, art. cit.

fecciones, generados por la negligencia o el abandono parental. En el abuso sexual son frecuentes las alteraciones del sueño y de la alimentación, así como las alteraciones sexuales y los problemas de control de esfínteres. A largo plazo, las consecuencias físicas del maltrato se traducen en daños neurológicos, deformaciones óseas, parálisis, déficits en funciones motoras y cognitivas, déficits de salud por cuidados previos deficitarios (p. ej., estrabismos, problemas dentales, pérdida de audición, deformaciones óseas), alteraciones de pigmentación y problemas de inmunización por falta de vacunas.

En cuanto a las consecuencias psicológicas del maltrato infantil, sus efectos más *inmediatos* se manifiestan en alteraciones del vínculo con las figuras parentales, en sintomatología tanto interiorizada (p. ej., baja autoestima, retraimiento, aislamiento, ansiedad, déficits en empatía e indefensión, sintomatología depresiva) como exteriorizada (p. ej., impulsividad, agresividad, problemas de conducta, conductas antisociales, hiperactividad, fugas del domicilio), junto con problemas del desarrollo madurativo y de rendimiento escolar (p. ej., dificultades de atención o retraso del lenguaje). Particularmente en las víctimas de abuso sexual aparecen, además, dificultades emocionales relacionadas con los sentimientos de culpa, de vergüenza o de ira, rechazo del cuerpo, autolesiones, así como un conocimiento sexual impropio para su edad y conductas de exhibicionismo,

masturbación compulsiva o problemas de identidad sexual.

Cuando los efectos psicológicos se analizan *a largo plazo*, pueden aparecen intentos de suicidio, delincuencia, abuso de sustancias tóxicas o adicciones, trastornos afectivos, trastornos de personalidad y trastornos disociativos. Asimismo son frecuentes entre las víctimas de abuso sexual los problemas de somatización (dolor crónico, hipocondría, problemas gastrointestinales, etc.), alteraciones de la alimentación (bulimia), trastornos disociativos, estrés postraumático, así como numerosas disfunciones sexuales (p. ej., fobias específicas de contenido sexual, trastorno orgásmico, deseo sexual inhibido, etc.).

No obstante, los efectos anteriormente descritos estarán no solo mediados por la tipología del maltrato, sino por las características de vulnerabilidad y resistencia del menor⁴¹. La edad del niño, su ajuste previo, sus características temperamentales y de salud previa, la presencia de alguna discapacidad y los niveles de autoestima, entre otros, parecen modular los efectos del maltrato⁴².

41 INGRAM, R. y PRICE, J., *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*, New York: The Guilford Press, 2001.

42 CRITTENDEN, P. M., "Maltreated Infants: Vulnerability and resilience", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, 1985, pp. 85-96; LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994; SHERROD, K.B., S. O'CONNOR, P. M. VÍTESE, W.A. ALTEMEIER, "Child health and maltreatment", en *Child Development*, vol. 55, 1984, pp. 1174-1183; WASSERMAN, G.

4.2.2. Implicaciones legales y forenses

El marco legal básico de referencia al que el forense puede recurrir en relación con el maltrato a menores se encuentra en la Ley 54/2007, del 28 de diciembre, de *Adopción Internacional*⁴³ y la Ley 1/1996, del 15 de enero, referida a la *Ley de Protección Jurídica del Menor*⁴⁴.

IMPORTANTE

[L]as *víctimas directas* son aquellas que han sufrido directamente el acontecimiento traumático. [...] A su vez, las *víctimas indirectas* son aquellas que sufren por las consecuencias del suceso traumático que ha experimentado una persona allegada (familiar, amigo íntimo, etc.), por ejemplo, la violación de una hija o hermana, el asesinato de un hijo, etc.

A continuación se indican algunas cuestiones legales de especial interés para el ámbito pericial⁴⁵: a) toda actuación del forense se regirá por el principio jurídico

del interés superior del menor; b) toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor tiene la obligación de comunicarlo a la autoridad o a sus agentes más próximos (servicios municipales, servicios comunitarios, juez de guardia) y prestarle el auxilio inmediato que precise (art. 13, LPJM). Las autoridades y servicios públicos tienen la obligación de informar a los representantes legales del menor y al Ministerio Fiscal (arts. 14 y 16, LPJM), así como verificar la situación y adoptar las medidas necesarias para resolverla; c) la patria potestad debe ejercerse respetando la integridad física y psicológica del menor; d) se debe tener presente la posibilidad de solicitar un *Juicio Rápido* cuando se trate de menores (art. 795 de la *Ley Enjuiciamiento Criminal, LEC*); e) las comparecencias en juicio han de ser adecuadas a la situación y desarrollo evolutivo del menor; f) se debe incluir todas las medidas posibles para prevenir el maltrato institucional y la victimización secundaria: evitar la confrontación visual del menor con el inculpado durante las declaraciones (p. ej., por medio de la videoconferencia) (arts. 707, 737 bis y 448 LEC); obtener la declaración del menor en presencia del Ministerio Fiscal y con sus padres si no lo niega el juez; solicitar al juez la posibilidad de grabar la declaración (art. 433 LEC); eliminar los careos salvo orden del juez; solicitar las declaraciones en el período de instrucción como pruebas constituidas; g) hay que priorizar los procedimientos en los que tengan que declarar menores;

A. y R. ALLEN, "Maternal withdrawal from handicapped toddlers", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, 1985, pp. 381-387.

43 LAI; BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 312 (29-12-2007). *Ley 54/2007, de 28 de diciembre de Adopción Internacional*.

44 LPJM; BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 15 (17-1-1996). *Ley 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor*.

45 GÓMEZ-BENGOECHA, B. y A. BERÁSTEGUI, "El maltrato infantil intrafamiliar una visión general", en GÓMEZ-BENGOECHA, B. (coord.), *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2009, pp. 21-42.

y h) se debe evitar duplicidades en las evaluaciones periciales.

4.3. Maltrato a ancianos

4.3.1. Delimitación y consecuencias

El maltrato a los ancianos es una de las formas menos visibles de maltrato que existe en nuestra sociedad actual. Esta falta de visibilidad viene, en gran medida, generada por las dificultades que supone su detección⁴⁶: el silencio al que se someten por temor a verse abandonados, la creencia de que es un asunto privado y familiar, las dificultades cognitivas y comunicativas para denunciar el maltrato, etc. A estos factores se añaden, por una parte, la facilidad para enmascarar los indicadores del maltrato con las propias lesiones cognitivas o físicas asociadas al propio envejecimiento, así como la carencia de formación especializada sobre maltrato en los profesionales que atienden a este colectivo; y por otra parte, la existencia de estereotipos y prejuicios (p. ej., considerarlos como frágiles, aislados, difíciles de trato) que llevan a una desvalorización del anciano y a una falsa legitimación de la violencia contra ellos⁴⁷. En muchas ocasiones los

familiares y profesionales no creen al anciano cuando informa de algún tipo de abuso o maltrato recibido, y lo justifican fácilmente en función de la dureza que supone cuidar de él.

El maltrato a los ancianos comprende toda *acción* (única o repetida) o falta de respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza⁴⁸. Este maltrato puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional, puede ser intencional o no y ser constatable objetivamente o percibido subjetivamente⁴⁹. En definitiva, se trata de cualquier acción que vulnera la integridad física, psíquica o los derechos fundamentales del anciano. Se estima una prevalencia entre el 1 % y el 10 %⁵⁰. Aparece en mayor medida

The mistreatment of elderly people, London: Sage Publications, 1997, pp. 6-12.

46 GARCÍA FUSTER, Enrique, "Visibilidad y tolerancia de la violencia familiar", en *Intervención Psicosocial*, vol. 11, 2002, pp. 201-211; MOTA, R., "Los nuevos contextos de maltrato: el maltrato a los mayores", en B. GÓMEZ-BENGOECHEA (coord.), *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia* (pp. 111-126). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2009.

47 GLENDENNING, F., "Attitudes to older people", en DECALMER, P. y F. GLENDENNING (eds.),

48 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (World Health Organization), *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*, 2002. Recuperado de <www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf>, (fecha de consulta: 14 de octubre del 2010).

49 BERMEJO GARCÍA, Lourdes, "Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar. ¿Una responsabilidad compartida?", en *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*; n.º 4, 2004, pp. 16-31.

50 CAMPBELL, A. y K. BROWNE, "Elder abuse and neglect", en WOODS, R. y L. CLARE (eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing*, Chichester: John Wiley & Sons, 2008, pp. 311-322; IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Serie documentos, vol. 14, Valencia: Centro Reina Sofía, 2008; MUÑOZ TORTOSA, J.,

en el ámbito familiar, pero puede darse en el ámbito comunitario o institucional y aproximadamente el 25 % de estas víctimas son maltratadas por su pareja. Se ha informado de un incremento de este tipo de maltrato en los últimos años, especialmente en los varones⁵¹.

La violencia contra los ancianos también puede adoptar diferentes formas⁵²: física, psicológica/emocional, sexual, por abandono o negligencia. De todas ellas, el maltrato más frecuente es la negligencia y el maltrato psicológico. No obstante, destaca el *maltrato económico* como una forma peculiar de violencia en este colectivo⁵³: los cuidadores se apropiaron del dinero del anciano,

cheques, joyas u otros objetos de valor, transfieren sus bienes, le obligan a firmar documentos, testamentos o poderes bajo engaño o coacción, le niegan información sobre su estado económico o sus cuentas; en definitiva, utilizan los recursos económicos y bienes del anciano en su propio beneficio.

El maltrato dirigido a ancianos genera tanto síntomas físicos —lesiones físicas, fracturas, hematomas, deshidratación/desnutrición, úlceras por presión, mala higiene, pérdida de peso e intoxicación por fármacos—, como psicológicos —dependencia a medicamentos o alcohol, deterioro del sistema inmunológico, trastornos alimentarios crónicos, depresión y tendencias suicidas, miedo y ansiedad, y cuadros confusionales⁵⁴—. La mayoría de los efectos del maltrato en esta población se han estudiado con un alcance temporal a corto o medio plazo.

Dentro de la evaluación forense, el perito debe estar atento a los principales signos y síntomas⁵⁵: relato inconsistente

“Maltrato y negligencia en personas mayores”, en MUÑOZ, J. (ed.), *Personas mayores y malos tratos*, Madrid: Pirámide, 2004, pp. 15-40; WOLF, R., L. DAICHMAN, y G. BENNET, “El maltrato de las personas mayores”, en KRUG, E., L. DAHLBERG, J. MERCY, A. ZWI y R. LOZANO (eds.), *World report on violence and health*, Washington: Organización Mundial de la Salud, 2003.

- 51 IBORRA MARMOLEJO, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, ob. cit.; CENTRO REINA SOFÍA, *Ancianos maltratados en el ámbito familiar*, 2004. Recuperado de <www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST010-3262.pdf>, (fecha de consulta: 13 de octubre del 2010).
- 52 BENITO, L., N. REYES e I. SEVILLA, “Definición de malos tratos”, en BENITO, L. y J. C. MOLINA, P. TABOSO, y F. SÁNCHEZ DEL CORRAL (eds.), *Situaciones clínicas en malos tratos en niños y ancianos*, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., 2006, pp. 1-38; MUÑOZ TORTOSA, “Maltrato y negligencia en personas mayores”, art. cit.
- 53 CAMPBELL y BROWNE, “Elder abuse and neglect”, art. cit.; MUÑOZ TORTOSA, “Maltrato y negligencia en personas mayores”, art. cit.

- 54 DECALMER, P., “Clinical presentation and management”, en DECALMER, P. y F. GLENDENNING (eds.), *The mistreatment of elderly people*, London: Sage Publications, 1997, pp. 42-73; SÁNCHEZ DEL CORRAL, F., “Anciano con deterioro funcional y nutricional”, en BENITO, L., J. C. MOLINA, P. TABOSO, F. SÁNCHEZ DEL CORRAL (eds.), *Situaciones clínicas en malos tratos en niños y ancianos*, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., 2006, pp. 79-104 y 105-128; WOLF, R., Elder, “Abuse and Neglect: Causes and Consequences”, en *Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 30, 1997, pp. 153-174.
- 55 SÁNCHEZ DEL CORRAL, “Anciano con deterioro funcional y nutricional”, art. cit., pp. 79-128.

o no concordante sobre las lesiones, miedo al cuidador, cuidador intolerante y con elevados niveles de estrés, accidentes y caídas frecuentes, negación o falta de reconocimiento de las lesiones, elevada demora en consultar a los servicios médicos; cambios frecuentes de médico, numerosas lesiones físicas (p. ej., deshidratación, úlceras, mala higiene), y elevados síntomas de depresión y ansiedad.

4.3.2. Implicaciones legales y forenses

El marco legal español carece de una normativa específica para la población anciana, lo que dificulta el abordaje del maltrato contra las personas mayores de una forma diferenciada⁵⁶. No obstante, nuestro ordenamiento jurídico tipifica los actos de violencia contra otros (p. ej., matar, inducir al suicidio, causar la pérdida de un órgano, causar deformidad, amenazar, coaccionar) como faltas y delitos genéricos, pero no contempla ninguna tipificación específica cuando estos actos están dirigidos a ancianos, ni tampoco establece agravantes derivados de la edad avanzada de la víctima. Excepcionalmente, el artículo 619 del Código Penal hace mención expresa de las personas de edad avanzada cuando enuncia lo siguiente: “serán castigados con la pena de multa de 10 a 20 días los

que dejen de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados”.

IMPORTANTE

[L]as *víctimas de riesgo* son aquellas que muestran una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito violento porque constituyen una presa fácil para quien las agrede. En cambio, las *víctimas vulnerables* son aquellas que tienen una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber experimentado un delito violento (sean o no víctimas de riesgo).

La ausencia de una legislación específica que aborde este fenómeno hace necesaria una legislación integral de protección para ancianos. Hasta ahora, la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*⁵⁷ ha supuesto un importante avance, pero aún insuficiente por la escasa dotación económica y de recursos actual.

El perito, con base en este ordenamiento jurídico, debe evaluar e informar adecuadamente del daño y las secuelas que pudieran derivarse de una situación de maltrato. Es de gran importancia dis-

56 MOTA, “Los nuevos contextos de maltrato: el maltrato a los mayores”, art. cit.; MUÑOZ TORTOSA, J., “Protección jurídica de las personas mayores: aspectos generales”, en MUÑOZ TORTOSA, J. (ed.), *Personas mayores y malos tratos*, Madrid: Pirámide, 2004, pp. 171-187.

57 BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 299 (15-12-2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*.

criminar entre los síntomas del deterioro físico, propios del envejecimiento, y el daño psicológico derivado directamente del maltrato. Especial atención merecen la evaluación y la contrastación de los signos y síntomas de alarma anteriormente expuestos.

5. Evaluación del daño psicológico

La evaluación del daño psíquico sufrido en las víctimas es importante para planificar el tratamiento, así como para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral. En uno y otro caso esta evaluación se suele realizar mediante autoinformes y entrevistas estructuradas.

5.1. Diferencias entre la evaluación clínica y la evaluación forense

Aunque la evaluación psicológica clínica y la forense comparten un interés común por la valoración del estado mental del sujeto explorado, la primera tiene como objetivo principal de su actuación poder llevar a cabo una posterior intervención terapéutica; en cambio, la segunda pretende analizar las repercusiones jurídicas de los trastornos mentales. Las principales diferencias entre los dos tipos de evaluación se presentan en la Tabla 4⁵⁸.

58 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA *et al.*, "La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro", art. cit.

Tabla 4
Evaluación forense y evaluación clínica

	Evaluación forense	Evaluación clínica
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales	Diagnóstico y tratamiento
Relación evaluador-sujeto	Escéptica pero con establecimiento de un <i>rapport</i> adecuado	Ayuda en el contexto de una relación empática
Secreto profesional	No	Sí
Destino de la evaluación	Variable (juez, abogado, seguros, etc.)	El propio paciente
Estándares y requisitos	Psico-legales	Médico-psicológicos
Fuentes de información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales	Las mismas (excepto los expedientes judiciales) y el historial clínico
Actitud del sujeto hacia la evaluación	Riesgo de simulación o de disimulación o de engaño (demanda involuntaria)	En general, sinceridad (demanda voluntaria)
Ámbito de la evaluación	Estado mental en relación al objeto pericial	Global
Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal	Breve y con conclusiones. Documento clínico
Intervención en la sala de Justicia	Esperable. En calidad de perito	No esperable. En calidad de testigo-perito

Las diferencias en relación al *contexto de aplicación* (clínico o judicial) y al *objeto de la demanda* (asistencial o pericial) marcan las características propias que adquiere el proceso de evaluación psicológica en cada uno de los dos ámbitos⁵⁹, al tiempo que impiden que un mismo profesional ejerza con la

59 ACKERMAN, M. J., *Essentials of forensic psychological assessment*, 2.^a ed., New York: John Wiley & Sons, 2010.

misma víctima los roles de evaluador clínico y de evaluador forense.

5.2. Evaluación clínica

El objetivo de la evaluación psicológica en la víctima es valorar el tipo de daño psicológico existente (diagnóstico) para determinar la conveniencia de un tratamiento psicológico y, en su caso, para establecer los objetivos terapéuticos adecuados. Lo que se trata de evaluar es el grado de malestar emocional generado por el acontecimiento violento, así como los recursos psicológicos disponibles, los estresores actuales y el grado de inadaptación consecutivo al suceso vivido.

Dentro de este contexto, ha habido un esfuerzo en los últimos años por diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos, que cuenten con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptados o validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos⁶⁰.

La evaluación del daño psicológico en una víctima de un suceso violento requiere un análisis cuidadoso de la victimización sufrida, que no se

corresponde necesariamente con un cuadro clínico concreto. No obstante, el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma del trastorno de estrés postraumático, de síntomas ansioso-depresivos o de trastornos adaptativos. En unos y otros casos la autoestima de la víctima y su adaptación a la vida cotidiana suelen quedar profundamente alteradas.

Al referirse el daño psicológico a diferentes ámbitos de la persona, el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, sin ser repetitivo ni excesivamente prolijo, para contar con la colaboración de la víctima y poder elaborar un perfil individualizado del daño psicológico sufrido. Algunos de los instrumentos de medida adecuados para la evaluación de todos estos síntomas, junto con los puntos de corte establecidos, figuran expuestos en la Tabla 5⁶¹.

Tabla 5
Instrumentos de evaluación del daño psicológico

Síntomas	Instrumentos	Puntos de corte
Prueba general		
Síntomas psicopatológicos generales	Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; TEA, 2002a)	63 (GSI)
Pruebas específicas		
Estrés postraumático	- Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGS) (ECHEBURÚA, CORRAL, AMOR, ZUBIZARRETA y SARASUA, 1997)	15
Ansiedad	- Inventario de Ansiedad-Estado (STAI) (SPIELBERGER, GORSUCH y LUSHENE, 1970; TEA, 1982 ^a)	31 (mujeres) 28 (hombres)

60 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS y Paz DE CORRAL GARGALLO, "Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas", en *Análisis y modificación de conducta*, vol. 29, n.º 126, 2003, pp. 503-522; GROTH-MARNAT, G., *Handbook of psychological assessment*, 5.ª ed., New York: John Wiley & Sons, 2009.

61 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, *Superar un trauma*, ob. cit.

Síntomas	Instrumentos	Puntos de corte
Depresión	- Inventario de Depresión (BDI) (BECK, RUSH, SHAW y EMERY, 1979; VÁZQUEZ y SANZ, 1997 ^a) - Escala de Valoración de la Depresión (HRS) (HAMILTON, 1960; CONDE y FRANCH, 1984 ^a)	18 18
Autoestima	- Escala de Autoestima (EAE) (ROSENBERG, 1965)	29
Inadaptación	- Escala de Inadaptación (EI) (ECHEBURÚA, CORRAL y FERNÁNDEZ-MONTALVO, 2000)	12

Nota. El símbolo ^a indica que se trata de la versión española del instrumento.

De todos ellos, dos son especialmente relevantes en este contexto. Por una parte, el *Cuestionario de 90 síntomas según el DSM-III-R (SCL-90-R)*⁶² permite obtener una visión global de la psicopatología presente en la víctima, al ser evaluada en 10 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional), así como en tres medidas globales: el GSI (sufrimiento global de la persona), el PSDI (intensidad sintomática) y el PST (número de síntomas). Se considera un caso psiquiátrico cuando la persona obtiene una puntuación GSI mayor o igual a una puntuación T de 63.

Por otra parte, la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)*⁶³ es una entrevista estructu-

rada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos (ver Tabla 6). Esta escala consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango de las puntuaciones es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta cuando se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente.

Tabla 6
Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-IV-TR⁶⁴

<p>A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un suceso que implica la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas. 2. La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.
<p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, "Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas", en *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 23, 1997, pp. 503-526.

64 Vid. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.^a ed. rev., (DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.

62 DEROGATIS, L. R., *The SCL-90-R. Manual I: Scoring, Administration, and Procedures for the SCL-90*, Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine, 1977 (versión española, Madrid, Ediciones TEA, 2002).

63 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS, Belén SARASUA SANZ

<ol style="list-style-type: none"> 2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso. 3. Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo. 4. Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. 5. Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
<p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma. 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma. 3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma. 4. Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas. 5. Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás. 6. Limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse). 7. Sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, desconfianza en la capacidad para realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una vida larga).
<p>D. Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma) que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño 2. Irritabilidad o explosiones de ira 3. Dificultades de concentración 4. Hipervigilancia 5. Respuesta de alarma exagerada
<p>E. La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.</p>
<p>F. El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.</p>

existente, así como determinar la validez del testimonio. Respecto a la *evaluación del daño psicológico*, el informe forense tiene como propósito, en unos casos, probar la existencia de un delito; en otros, reparar el daño causado a la víctima. En los dictámenes periciales, la exploración psicológica de la víctima debe centrarse en los siguientes aspectos (ver Figura 2):

- a) Nivel de adaptación anterior al suceso violento, tanto a nivel social y laboral como familiar y emocional.
- b) Nivel actual de adaptación.
- c) Reacción readaptativa tras el acontecimiento: afrontamiento del suceso; resultados del afrontamiento.
- d) Nexo de causalidad entre el delito sufrido y la inadaptación actual.
- e) Pronóstico en relación con el futuro, que puede depender del tiempo transcurrido desde la agresión, del funcionamiento actual respecto a la situación anterior al delito y del tipo y cantidad de recursos sociales y personales con que cuenta la víctima.

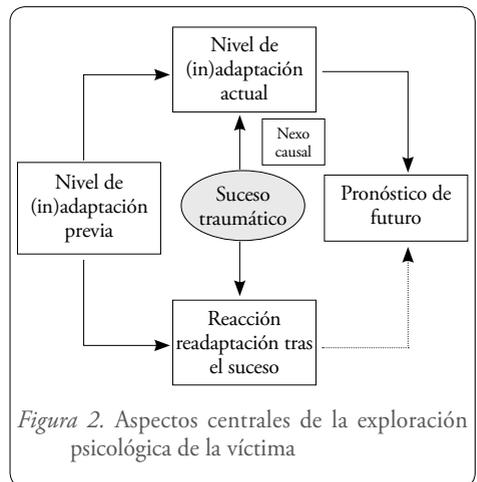


Figura 2. Aspectos centrales de la exploración psicológica de la víctima

5.3. Evaluación forense

5.3.1. Los dictámenes periciales

El objetivo de los dictámenes periciales en las víctimas de los delitos violentos es valorar el daño psicológico

En el caso de un mal funcionamiento psicológico previo hay que tener en cuenta dos cuestiones: a) qué aspectos del problema actual son atribuibles a la situación previa a la victimización; y b) qué perfiles de la victimización han sido potenciados por la situación de previctimización o de personalidad previa.

Por otro lado, la evaluación pericial psicológica se encuentra con algunas dificultades específicas. Así, el sujeto no se suele presentar de forma voluntaria ante el profesional, sino que su participación está determinada por su papel en el proceso judicial (denunciado/denunciante; demandado/demandante). Además las consecuencias directas del dictamen pericial para el evaluado aumentan la probabilidad de manipulación de la información aportada para conseguir un beneficio o evitar un perjuicio. Junto a esto, el asesoramiento legal con el que, en muchas ocasiones, han contado los evaluados (la estrategia letrada de la defensa) y las múltiples exploraciones periciales (efecto aprendizaje) complican aún más la evaluación psicológica forense. De este modo, los peritos pueden disponer de instrumentos de medida adecuados, pero el sujeto puede no colaborar en la evaluación y falsear, más o menos conscientemente, las respuestas. Ya no se trata, por tanto, solo del uso de herramientas inapropiadas, sino del control de las respuestas inadecuadas a los instrumentos (test y entrevistas) adecuados⁶⁵.

65 ROSENFELD, B., D. GREEN, E. PIVOVAROVA,

5.3.2. Validez del testimonio y simulación

Dentro de la práctica forense se suele solicitar el estudio de la *validez del testimonio*, sobre todo en los casos de agresiones sexuales y abusos sexuales. La credibilidad del testimonio no debe quedar empañada por la crítica —directa o encubierta— al estilo de vida de la víctima o a determinados comportamientos del menor (p. ej., mostrar una conducta seductora, conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad) que, más que criterios de invalidez de su testimonio, podrían ser indicadores de la victimización sufrida. Lo que interesa del testimonio es que sea *creíble* (cuando los afectos, cogniciones y conductas de la víctima son comprensibles y derivables de la narración de la víctima) y *válido* (cuando el recuerdo es una representación adecuada y la identificación es correcta)⁶⁶.

Lo que confiere validez a un testimonio es la verosimilitud de lo narrado, especialmente cuando hay además algún tipo de corroboraciones objetivas, la reiteración en el discurso (sin ambigüedades ni contradicciones básicas) y la congruencia entre el lenguaje verbal y las emociones expresadas, así como la ausencia de variación en la descripción de los hechos y la falta de incredibilidad

T. DOLE, y P. ZAPP, "What to do with contradictory data? Approaches to the integration of multiple malingering measures", en *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 9, 2010, pp. 63-73.

66 ECHEBURÚA ODRIÓZOLA y GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia*, ob. cit.

subjetiva por razones de resentimiento, venganza u odio.

¿SABÍA USTED QUE?

La violencia familiar se refiere a las agresiones físicas, psíquicas o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar por parte de un familiar, que vulneran la libertad de otra persona y que le causan un daño físico o psicológico

Existen casos en los que se ha utilizado el peritaje del daño psicológico en la víctima como prueba de la existencia de una relación sexual no consentida. Esto tiene interés en aquellos casos en que el agresor reconoce la existencia de una relación sexual, pero niega la falta de consentimiento por parte de la víctima. El interés del dictamen pericial deriva de que, al haber tenido lugar la relación a solas, no hay testigos de la misma y de que lo que está en juego es la palabra del agresor contra la palabra de la víctima. La existencia del daño psicológico —y, en concreto, del trastorno de estrés postraumático— en la víctima puede constituir una prueba de una relación sexual no consentida.

En este sentido, para evaluar el daño psicológico, el perito debe focalizarse en cuatro cuestiones esenciales⁶⁷:

- a) ¿Tiene el suceso traumático suficiente gravedad como para haber causado el cuadro clínico actual?
- b) ¿Cuál es la historia psiquiátrica y de victimización anterior de la víctima?
- c) ¿Está basado el diagnóstico del cuadro clínico actual exclusivamente en los informes subjetivos de la víctima?
- d) ¿Cuál es el nivel actual de deterioro psiquiátrico funcional de la víctima?

Por otra parte, en toda evaluación forense siempre existe el riesgo de simulación o de disimulación. La simulación o la disimulación reflejan el deseo deliberado por parte de la persona evaluada de ocultar su estado mental real, bien para dar una imagen positiva de sí mismo, o bien para transmitir un estado de deterioro acentuado (por ejemplo, para reclamar una indemnización)⁶⁸.

Las imprecisiones diagnósticas tienen que ver con los siguientes aspectos: a) *falsos positivos (simulación)*: vinculados a la rentabilización de la sintomatología, que puede ser más frecuente en el TEPT que en otros cuadros clínicos porque aquí hay una relación de causa a efecto entre el suceso traumático y el cuadro clínico; y b) *falsos negativos (disimulación)*: relacionados con el rechazo del paciente a reconocer la patología presente, lo que lleva al encubrimiento del cuadro clínico por tener determinados prejuicios ambientales (p. ej., ser señalado o juzgado

67 SIMON, R. I., "Forensic psychiatric assessment of PTSD claimants", en SIMON, R. I., (ed.), *Posttraumatic stress disorder in litigation*, Washington: American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 41-90.

68 ROSENFELD *et al.*, "What to do with contradictory data? Approaches to the integration of multiple malingering measures", art. cit.

por los demás, ser estigmatizado, tener sentimientos de vergüenza o de culpa, etc.). En la Tabla 7 se presenta el modelo de decisión clínica planteado por RESNICK⁶⁹ para identificar la simulación del TEPT.

Tabla 7

Modelo de decisión clínica para establecer un diagnóstico de simulación del TEPT

A. Establecimiento de un motivo lógico y plausible para simular un TEPT.
B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Situación laboral irregular o insatisfacción en el trabajo 2. Reclamaciones anteriores por daños 3. Capacidad para realizar actividades en su tiempo libre, pero no en el trabajo 4. Ausencia de pesadillas, o presencia de pesadillas que son exactas al hecho traumático sucedido 5. Rasgos de personalidad antisocial 6. Actitud evasiva y contradicciones 7. Actitud de no cooperación durante la evaluación
C. Confirmación de simulación por una de estas dos situaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Admisión de estar simulando los síntomas 2. Evidencia psicométrica inequívoca de simulación o fuerte corroboración de estar simulando los síntomas

En cualquier caso, las falsas denuncias son poco frecuentes en el ámbito de las agresiones sexuales de víctimas adolescentes o adultas. No obstante, pueden darse cuando responden a diversas motivaciones espurias: venganza por sentimientos de despecho; relaciones consentidas bajo los efectos del alcohol de las que luego la víctima se arrepiente; embarazos no deseados; obtención de una

indemnización; conflictos pasionales, etc.

Tampoco son habituales los testimonios falsos (fenómeno de *simulación*) cuando se trata de niños afectados por abusos sexuales, excepto en los casos en que uno de los cónyuges induce al menor a hacer un testimonio falso, malinterpretando el significado de ciertas expresiones de cariño, para vengarse de su ex pareja o para obtener algún beneficio (por ejemplo, quitar la custodia de los hijos al otro cónyuge o alterar el régimen de visitas). Estas situaciones pueden ocurrir especialmente en los divorcios conflictivos.

Sin embargo, es más frecuente en los niños retractarse de un testimonio de abuso sexual (fenómeno de *disimulación*) bajo la presión de la familia. Muchas de las retractaciones son falsas. El niño, asustado por el impacto de su revelación a nivel familiar o judicial o directamente presionado por la familia, puede echarse atrás en sus acusaciones iniciales.

La exploración psicológica de un niño debe tener en cuenta los conocimientos sexuales del menor, la posible existencia de otras denuncias formuladas por él o por otros familiares, el desarrollo evolutivo del niño y la existencia de alteraciones psicopatológicas, así como los efectos actuales de la denuncia sobre el menor y, en conjunto, sobre la familia.

Además de la entrevista con el niño, el perito puede recurrir a otros procedimientos diagnósticos complemen-

69 RESNICK, P.J., "Malingering of posttraumatic disorders", en ROGERS, R. J. (ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*, New York: Guilford Press, 1997, pp. 130-152.

tarios, como los dibujos, los muñecos anatómicos, etc., sobre todo cuando el niño es menor de 6 años. Asimismo, la información proporcionada por otros profesionales (pediatras, maestros, trabajadores sociales, etc.) puede ser de gran ayuda en estas circunstancias⁷⁰.

6. A modo de conclusión

Un campo fundamental de actuación de los psicólogos forenses tiene que ver con la evaluación del daño psicológico en las víctimas de sucesos traumáticos y, en particular, en las víctimas de delitos violentos. Esta actividad se caracteriza por una gran responsabilidad, derivada de la repercusión que tiene el informe pericial en la vida de las víctimas (p. ej., indemnizaciones económicas, credibilidad del testimonio, asistencia psicológica, etc.) y también en la de los agresores.

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y, con frecuencia, dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales⁷¹. A su vez, el daño psicológico generado es más probable y suele ser mayor cuando las

consecuencias del hecho delictivo son múltiples (p. ej., sufrir simultáneamente un robo y una agresión sexual).

IMPORTANTE

Una de las expresiones de la violencia familiar con más graves consecuencias en la vida futura de una víctima es la que se produce durante su infancia de mano de sus propios padres. [...] El estado de inmadurez y de dependencia familiar, característico de un menor en proceso de desarrollo, lo hace especialmente vulnerable a la adversidad de la violencia procedente del contexto de seguridad y protección que se atribuye y tiene asignada la familia.

Sin embargo, no todas las víctimas de un delito reaccionan igual ni padecen con posterioridad un trastorno psiquiátrico. Por tanto, es labor —en ocasiones nada fácil— del psicólogo forense delimitar el daño psíquico existente y determinar su procedencia, así como analizar la veracidad del testimonio, tratando, en la medida de lo posible, de no victimizar secundariamente a esa persona.

En cualquier caso, es determinante en este ámbito que los psicólogos forenses tengan una experiencia clínica amplia, recurran a diferentes fuentes de información, dispongan de distintos métodos de evaluación (tanto cuestionarios y entrevistas como la observación directa de la conducta) validados en el contexto pericial y, por último, que tengan un buen entrenamiento especializado en el

70 Cfr. CANTÓN DUARTE, José y María Rosario CORTÉS ARBOLEDA, *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*, Madrid: Pirámide, 2000.

71 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, AMOR ANDRÉS y DE CORRAL GARGALLO, "Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos", art. cit.

control de la simulación/disimulación y en la detección del engaño⁷².

CONCLUSIÓN MÁS IMPORTANTE

[E]s determinante [en el ámbito de la evaluación del daño psicológico] que los psicólogos forenses tengan una experiencia clínica amplia, recurran a diferentes fuentes de información, dispongan de distintos métodos de evaluación [...] validados en el contexto pericial y, por último, que tengan un buen entrenamiento especializado en el control de la simulación/disimulación y en la detección del engaño.

Por último, algunos de los retos de futuro planteados tienen que ver con mejorar y adaptar al contexto forense las estrategias de evaluación del daño psicológico y de la credibilidad del testimonio, estudiar las estrategias a seguir para prevenir la victimización secundaria ante la evaluación forense y mejorar la prevención primaria y secundaria del daño psicológico, identificando a las personas de riesgo y actuando apropiadamente sobre ellas. 

7. Referencias bibliográficas

ACIERNO, R., D. G. KILPATRICK, y H.S. RESNICK, "Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity", en SAIGHM, P. A. y J. D. BREMNER (eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive*

text, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, Inc., 1999.

ACKERMAN, M. J., *Essentials of forensic psychological assessment*, 2.ª ed., New York: John Wiley & Sons, 2010.

ALBARRÁN OLIVERA, A. J., "Psicología forense y victimología", en URRÁ PORTILLO, J. (comp.), *Tratado de psicología forense*, Madrid: Siglo XXI de España, 2002, pp. 327-363.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.ª ed. rev., (DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.

ARRUABARRENA MADARIAGA, María Ignacia y Joaquín DE PAÚL, *Maltrato a los niños en la familia*, Madrid: Pirámide 1994.

BACA BALDOMERO, Enrique y María Luisa CABANAS (eds.), *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*, Madrid: Triacastela, 2003.

BECK, A. T., A. J. RUSH, B. F. SHAW y G. EMERY, *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press, 1979.

BENITO, L., N. REYES e I. SEVILLA, "Definición de malos tratos", en BENITO, L. y J. C. MOLINA, P. TABOSO, y F. SÁNCHEZ DEL CORRAL (eds.), *Situaciones clínicas en malos tratos en niños y ancianos*, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., 2006, pp. 1-38.

BERMEJO GARCÍA, Lourdes, "Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar. ¿Una responsabilidad compartida?", en *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, n.º 4, 2004, pp. 16-31.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 15 (17-1-1996). *Ley 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor*.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 299 (15-12-2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 312 (29-12-2007). *Ley 54/2007, de 28 de diciembre de Adopción Internacional*.

72 Vid. ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, MUÑOZ VICENTE y LOINAZ CALVO, "La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro", art. cit.

- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE), N.º 314 (29-12-2007). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.
- CAMPBELL, A. y K. BROWNE, "Elder abuse and neglect", en WOODS, R. y L. CLARE (eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing*, Chichester: John Wiley & Sons, 2008, pp. 311-322.
- CAMPBELL, J. C., "Health consequences of intimate partner violence", en *The Lancet*, vol. 359, 2002, pp. 1331-1336.
- CANTÓN DUARTE, José y María Rosario CORTÉS ARBOLEDA, *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*, Madrid: Pirámide, 2000.
- CARRASCO-ORTIZ, M. A., J. F. RODRÍGUEZ-TESTAL y B. M. HESSE, "Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato", en *Child Abuse and Neglect*, (25) 6, 2001, pp. 819-838.
- CENTRO REINA SOFÍA, *Ancianos maltratados en el ámbito familiar*, 2004. Recuperado de <www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST010-3262.pdf>, (Revisado el 13 de octubre del 2010).
- CONDE, V. y J. I. Franch, *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*, Madrid: Laboratorios Upjohn, 1984.
- CRITTENDEN, P. M., "Maltreated Infants: Vulnerability and resilience", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, 1985, pp. 85-96.
- CRUZ, J. M., "La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 5, 1999, pp. 259-267.
- DE PAÚL, J. y M. I. ARRUABARRENA, "Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain", en *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, 1995, pp. 409-418.
- DE PAÚL, J., M. I. ARRUABARRENA, B. TORRES, y R. MUÑOZ, "La prevención del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa", en *Infancia y Aprendizaje*, vol. 71, 1995, pp. 49-58.
- DECALMER, P., "Clinical presentation and management", en DECALMER, P. y F. GLENDENNING (eds.), *The mistreatment of elderly people*, London: Sage Publications, 1997, pp. 42-73.
- DEROGATIS, L. R., *The SCL-90-R. Manual I: Scoring, Administration, and Procedures for the SCL-90*, Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine, 1977 (versión española, Madrid, Ediciones TEA, 2002).
- DODGE, K., G. PETTIT y J. BATES, "Effects of physical maltreatment on the development of peer relations", en *Developmental Psychopathology*, vol. 6, 1994, pp. 43-55.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique, *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*, Madrid: Pirámide, 2004.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique y Cristina GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*, Madrid: Ariel, 2000.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique, e Ignacio José SUBIJANA ZUNSUNEGUI, "Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente", en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, 2008, pp. 733-749.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS y Paz DE CORRAL GARGALLO, "Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas", en *Análisis y modificación de conducta*, vol. 29, n.º 126, 2003, pp. 503-522.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS, Belén SARASUA SANZ e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, "Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo", en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, 1997, pp. 7-19.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS y Paz DE CORRAL GARGALLO, "Evaluación del daño psicológico en

- víctimas de delitos violentos”, en *Psicothema*, vol. 14 (supl.), 2002, pp. 139-146.
- ECHEBURÚA ODRIEZOLA, Enrique, Paz DE CORRAL GARGALLO y Javier FERNÁNDEZ-MONTALVO, “Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos”, en *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 26, 2000, pp. 325-340.
- ECHEBURÚA ODRIEZOLA, Enrique, Pedro Javier AMOR ANDRÉS, Belén SARASUA SANZ e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, “Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas”, en *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 23, 1997, pp. 503-526.
- ECHEBURÚA ODRIEZOLA, Enrique, José Manuel MUÑOZ VICENTE e Ismael LOINAZ CALVO, “La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro”, en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 11, n.º 1, 2011.
- ERICKSON, M. F., B. EGELAND y R. PIANTA, “The effects of maltreatment on the development of young children”, en CICCETTI, D. y V. CARLSON (eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, New York: Cambridge University Press, 1989, pp. 647-684.
- ESBEC, E., “Evaluación psicológica de la víctima”, en ESBEC, E. y G. GÓMEZ-JARABO, *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, Madrid: Edisofer, 2000.
- FINKELHOR, D. y L. BERLINER, “Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations”, en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, 1995, pp. 1408-1423.
- GARCÍA FUSTER, Enrique, “Visibilidad y tolerancia de la violencia familiar”, en *Intervención Psicosocial*, vol. 11, 2002, pp. 201-211.
- GLEN DENNING, F., “Attitudes to older people”, en DECALMER, P. y F. GLEN DENNING (eds.), *The mistreatment of elderly people*, London: Sage Publications, 1997, pp. 6-12.
- GOLDING, J. M., “Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis”, en *Journal of Family Violence*, vol. 14, 1999, pp. 99-132.
- GOLDMAN, L.S., D. HORAN, C. WARSHAW, S. KAPLAN, y M.B. HENDRICKS-MATTHEWS, *Diagnostic and treatment guidelines on mental health effects of family violence*, Chicago: American Medical Association, 1995.
- GÓMEZ-BENGOECHEA, B. y A. BERÁSTEGUI, “El maltrato infantil intrafamiliar una visión general”, en GÓMEZ-BENGOECHEA, B. (coord.), *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2009, pp. 21-42.
- GROTH-MARNAT, G., *Handbook of psychological assessment*, 5.ª ed., New York: John Wiley & Sons, 2009.
- HAMILTON, M., “A rating scale for depression”, en *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 23, 1960, pp. 53-62.
- HERRERA, M., “Historia de la victimología”, en BACA BALDOMERO, Enrique, Enrique ECHEBURÚA ODRIEZOLA, y Josep María TAMARIT SUMALLA (coord.), *Manual de Victimología*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2006, pp. 51-74.
- IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Serie documentos, vol. 14, Valencia: Centro Reina Sofía, 2008.
- INGLÉS PRATS, Antoni, *El maltractament d'infants a catalunya. Quants, com i perquè*, Departamento de Justicia, Colección Justicia i Societat, 2000.
- INGLÉS, A., “Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre malos tratos infantiles en Cataluña”, en *Infancia y Aprendizaje*, vol. 71, 1995, pp. 23-32.
- INGRAM, R. y PRICE, J., *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*, New York: The Guilford Press, 2001.
- JIMÉNEZ, J., M. MORENO, A. OLIVA, J. PALACIOS, y D. SALDAÑA, *El maltrato infantil en Andalucía*, Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.
- LABRADOR, F.J., P.P. RINCÓN, P. DE LUIS y R. FERNÁNDEZ-VELASCO, *Mujeres víctimas de la*

- violencia doméstica: programa de actuación*, Madrid: Pirámide, 2004.
- LEC. *Ley de Enjuiciamiento Civil*, 12.ª ed., Madrid: Tecnos, 2010.
- LECrim, *Ley de Enjuiciamiento Criminal* (26.ª ed.). Madrid: Tecnos, 2010.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, E. CARPINTERO, M. HERNÁNDEZ, M.J. MARTÍN, y A. FUERTES, "Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España", en *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, 1995, 1039-50.
- MAS, B., y M. CARRASCO, "Abuso sexual y maltrato infantil", en COMECHE, M.I. y M.A. VALLEJO (eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia*, Madrid: Dykinson, 2005, pp. 231-264.
- MCGRUDER-JOHNSON, A.K., E.S. DAVIDSON, D.H. GLEAVVES, W. STOCK y J.F. FINCH, "Interpersonal violence and posttraumatic symptomatology. The effects of ethnicity, gender, and exposure to violent events", en *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 15, 2000, pp. 205-221.
- MOTA, R., "Los nuevos contextos de maltrato: el maltrato a los mayores", en B. GÓMEZ-BENGOECHEA (COORD.), *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia* (pp. 111-126). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2009.
- MUÑOZ TORTOSA, J., "Maltrato y negligencia en personas mayores", en MUÑOZ, J. (ed.), *Personas mayores y malos tratos*, Madrid: Pirámide, 2004, pp. 15-40.
- MUÑOZ TORTOSA, J., "Protección jurídica de las personas mayores: aspectos generales", en MUÑOZ TORTOSA, J. (ed.), *Personas mayores y malos tratos*, Madrid: Pirámide, 2004, pp. 171-187.
- NACIONES UNIDAS, *Violence against women in the family*, New York, 1987.
- O'LEARY, K.D. y ARIAS, I., "Prevalence, correlates and development of spouse abuse", en PETERS, R. D. y MCMAHON, R. J., (eds.), *Social learning in system approaches to marriage and the family*, New York: Brunner/Mazel, 1988.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (World Health Organization), *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*, 2002. Recuperado de <www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf>, (fecha de consulta: 14 de octubre del 2010).
- PYNOOS, R., S. SORENSON, y A. STEINBERG, "Interpersonal violence and traumatic stress reactions", en GOLDBERGER, L. y BREZNITZ, S. (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, 2.ª ed., New York: Free Press, 1993.
- RESNICK, P. J., "Malingering of posttraumatic disorders", en ROGERS, R. J. (ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*, New York: Guilford Press, 1997, pp. 130-152.
- ROSENBERG, M., *Society and the Adolescent Self Image*, Princeton: Princeton University Press, 1965.
- ROSENFELD, B., D. GREEN, E. PIVOVAROVA, T. DOLE, y P. ZAPF, "What to do with contradictory data? Approaches to the integration of multiple malingering measures", en *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 9, 2010, pp. 63-73.
- SÁNCHEZ DEL CORRAL, F., "Anciano con deterioro funcional y nutricional", en BENITO, L., J.C. MOLINA, P. TABOSO, F. SÁNCHEZ DEL CORRAL (eds.), *Situaciones clínicas en malos tratos en niños y ancianos*, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., 2006, pp. 79- 128.
- SARASUA SANZ, Belén e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, *Violencia en la pareja*, Málaga: Aljibe, 2000.
- SHERROD, K. B., S. O'CONNOR, P. M. VÍTESE, W.A. ALTEMEIER, "Child health and maltreatment", en *Child Development*, vol. 55, 1984, pp. 1174-1183.

- SIMON, R. I., "Forensic psychiatric assessment of PTSD claimants", en SIMON, R. I., (ed.), *Posttraumatic stress disorder in litigation*, Washington: American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 41-90.
- SPIELBERGER, C. D., R.L. GORSUCH y R.E. LUSHENE, *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970 (versión española, Madrid, Ediciones TEA, 2002).
- STITH, S., M. WILLIAMS y K. ROSEN, *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992 (original, 1990).
- STRAUS, M. A. y R. J. GELLES, "How violent are American families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies", en STRAUS, M.A. y R.J. GELLES (eds.), *Physical Violence in American Families*, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.
- TAMARIT SUMALLA, Josep María, "La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas", en BACA BALDOMERO, Enrique, Enrique ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, y Josep María TAMARIT SUMALLA (coord.), *Manual de Victimología*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2006, pp. 17-47.
- TAMARIT SUMALLA, Josep María y Carolina VILLACAMPA ESTIARTE, *Victimología, justicia penal y justicia reparadora*, Colombia: Editorial Ibáñez, 2006.
- TRUJILLO, M., *Psicología para después de una crisis*, Madrid: Aguilar, 2002.
- VÁZQUEZ, C. y J. SANZ, "Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/Reliability and norm data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory", en *Clínica y Salud*, vol. 8, 1997, pp. 403-422.
- VÁZQUEZ-MEZQUITA, B. y M. CALLE, "Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados", en *Revista Española de Psicología Forense, Psicología Forense y Criminología*, vol. 1, 1997, pp. 14-29.
- VÍDAL, F. y R. MOTA, *Encuesta de infancia en España 2008*, Madrid: Fundación Santa María, 2008.
- WASSERMAN, G.A. y R. ALLEN, "Maternal withdrawal from handicapped toddlers", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, 1985, pp. 381-387.
- WHO, *World Report on Violence and Health*. Washington: World Health Organization, 2003.
- WILLIAMSON, J., C. BORDUIN, B. HOWE, "The ecology of adolescent maltreatment: A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, 1991, pp. 449-457.
- WOLF, R., Elder, "Abuse and Neglect: Causes and Consequences", en *Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 30, 1997, pp. 153-174.
- WOLF, R., L. DAICHMAN, y G. BENNET, "El maltrato de las personas mayores", en KRUG, E., L. DAHLBERG, J. MERCY, A. ZWI y R. LOZANO (eds.), *World report on violence and health*, Washington: Organización Mundial de la Salud, 2003.