

2018 - 05 - 08

Victimología: en busca de un enfoque integrador para repensar la intervención con víctimas. 1ª ed., marzo 2018

Parte II. Conceptualización y valoración del daño

5. Evaluación forense del daño psicológico e intervención con menores víctimas de violencia intrafamiliar (FERNANDO ÁLVAREZ RAMOS)

5 Evaluación forense del daño psicológico e intervención con menores víctimas de violencia intrafamiliar

FERNANDO ÁLVAREZ RAMOS

Psicólogo forense. Coordinador del Equipo Psicosocial Judicial de la C.A. del País Vasco

Sumario:

- I. Importancia y conceptualización de la evaluación forense del daño psicológico en menores
- II. Tipologías generadoras de daño psicológico en los menores
 - 1. Maltrato infantil
 - 2. Violencia de género y doméstica
- III. Consecuencias de la violencia intrafamiliar en los menores
 - 1. Consecuencias físicas
 - 2. Reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia
 - 3. Consecuencias externalizantes
 - 4. Consecuencias internalizantes
 - 5. Factores moderadores y de protección
- IV. Indicadores y consecuencias relacionadas con abuso sexual infantil (ASI)
- V. Metodología y técnicas de evaluación psicológica forense
- VI. Victimización secundaria
- VII. Implicaciones psicológico-forenses en la intervención con menores víctimas de violencia intrafamiliar
- VIII. Bibliografía

I. IMPORTANCIA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORENSE DEL DAÑO PSICOLÓGICO EN MENORES

La evaluación psicológico-forense del daño psíquico en contexto penal resulta de importancia en la medida que ayuda a determinar la gravedad del hecho delictivo facilitando la calificación jurídica de la infracción, puede ser tomada en cuenta a modo de prueba para fundamentar los hechos (y por tanto para la sentencia, puesto que el daño psíquico producido es un elemento probatorio de primera magnitud), se toma como referencia para la determinación judicial de las indemnizaciones que corresponden a la víctima y ayuda a planificar el tratamiento de la víctima. Esta evaluación, sin embargo, resulta compleja debido a que los rasgos de personalidad de la víctima, los factores de vulnerabilidad o de resistencia así como los antecedentes de victimización previos al suceso traumático, interactúan con la situación específicamente generada por el suceso.

Echeburúa, E. et al. (2002) definen el daño psicológico como la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación. Incluye las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que pueden remitir por el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento adecuado; así como las secuelas emocionales, que persisten de forma crónica y que interfieren negativamente en la vida cotidiana del sujeto: sentimientos negativos de humillación, vergüenza o culpa, ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, inadaptación, etc. Conviene diferenciar entre daño psíquico y daño moral. En este sentido, Muñoz, J.M. (2013) indica que el daño psíquico hace referencia a las consecuencias psicológicas derivadas del delito (lesiones psíquicas y secuelas psíquicas) y el daño moral, en cambio, hace referencia al sufrimiento de la persona, derivado del perjuicio a bienes inmateriales como el honor o la libertad, siendo este un concepto más impreciso, no científico, sin probabilidad de cuantificación empírica y por tanto no sería objeto de valoración por el juez y tampoco sujeto a evaluación pericial objetiva.

En contexto forense se ha de relacionar siempre el daño psicológico con el trauma sufrido y se ha de diferenciar de la situación previa de la víctima (psicopatología previa, características de personalidad vulnerable...), así como de otros problemas que pueden coincidir en ese tiempo (divorcio, estrés laboral, conflicto intrafamiliar...); es decir, el daño tiene que ser consecuencia directa del episodio sufrido (relación causa-efecto). Además, la evaluación pericial psicológico-forense se encuentra con algunas dificultades específicas como son las derivadas de la falta de voluntariedad del sujeto ante la evaluación, o el hecho de que la propia evaluación pueden acarrearle consecuencias directas; aspectos que aumentan la probabilidad de intentos de manipulación de la información aportada y por tanto de la posibilidad de minimización o maximización de la sintomatología asociada, simulación o disimulación de los efectos.

Otra de las dificultades probatorias tiene que ver con el hecho de que el mismo acontecimiento traumático puede producir consecuencias diferentes dependiendo de la persona en quien recaiga. Según informa Muñoz, J.M. (2013), basado en estudios realizados desde la Psicología Positiva, la respuesta más común ante una experiencia traumática, aun de corte delictiva, es la ausencia de daño psíquico, bien por resiliencia o por recuperación espontánea; y únicamente un reducido grupo de personas desarrollaría una patología traumática de carácter demorado o crónico. El grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado, según Echeburúa et al. (2002), por la intensidad y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), por el carácter inesperado del acontecimiento, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros posibles problemas actuales (familiares, laborales...) el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento. En el caso del daño psicológico en menores, esta mediado principalmente por la edad/desarrollo evolutivo de la persona menor, el nivel de estrés propio y de los progenitores, el grado de resiliencia o capacidad del menor para

adaptarse correctamente a su entorno (recursos psicológicos de afrontamiento), la frecuencia e intensidad de violencia sufrida, el apoyo familiar y social y la posible concurrencia de otros posibles problemas actuales (familiares, escolares, laborales...)

II. TIPOLOGÍAS GENERADORAS DE DAÑO PSICOLÓGICO EN LOS MENORES

Nadie pone duda que la presencia de acontecimientos traumáticos puede afectar a la salud física y psicológica en cualquier etapa del desarrollo que se produzcan, pero si ocurren durante la infancia el impacto seguramente será más significativo puesto que afectará a una persona en evolución que requiere de especiales condiciones de estabilidad y protección. 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 (Amor, P. et al. 2016). López-Soler, C. (2008) indica que cuando un menor sufre unas condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo pueden ser muy graves ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, en la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino y pueden generar problemas de personalidad y de adaptación. Tampoco se pone en duda, además, que la violencia intrafamiliar tiene una serie de características distintivas, relacionadas con el daño psicológico que causan, que la convierten en más dañina (APA, Violence and the Family): la víctima desea escapar de la violencia pero al mismo tiempo desea permanecer en la familia por lo que el compromiso de lealtades sobreviene a pesar del rechazo de la violencia; el afecto y la protección pueden coexistir con la violencia y el abuso, ya que a pesar de los recurrentes actos agresivos se establecen vínculos afectivos; la naturaleza de las relaciones familiares crea las oportunidades para que el abuso se repita; la sociedad minimiza e invisibiliza esta problemática; la intensidad tiende a incrementarse con el tiempo (aunque en algunos casos la agresión decrece); es frecuente y peligrosa (una de las mayores causas de homicidio).

Las tipologías principales generadoras de daño psicológico en los menores son el maltrato infantil (incluye el abuso sexual infantil) y la violencia de género y doméstica.

1. MALTRATO INFANTIL

De acuerdo con el Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca BALORA, se consideran las siguientes tipologías de maltrato infantil: 1) Maltrato físico. 2) Negligencia, incluye a) negligencia hacia necesidades físicas (de alimentación; cuidado de la salud física; vestido; higiene personal; condiciones higiénicas de la vivienda; estabilidad y condiciones de habitabilidad de la vivienda), b) negligencia hacia necesidades de seguridad (incluye seguridad física de la vivienda y prevención de riesgos; supervisión; protección ante situaciones de desprotección grave perpetradas por otras personas), c) negligencia hacia necesidades formativas y d) negligencia hacia necesidades psíquicas (incluye necesidades de interacción y afecto; estimulación; atención específica a problemas emocionales graves; normas, límites y transmisión de valores morales positivos). 3) Abuso Sexual. 4) Maltrato psíquico, que incluye: a) maltrato emocional, b) instrumentalización en conflictos entre las figuras parentales, c) exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial, d) Amenazas de agresión física. 5) Abandono . 6) Incapacidad parental de

control de la conducta del niño, niña o adolescente. 7). Otras, como son: a) trato inapropiado (incluye privación deliberada de comida y agua, confinamiento o restricción física, expulsión o negación de la entrada al domicilio) , b) corrupción, c) mendicidad y d) explotación laboral.

La evaluación del *riesgo de desprotección* de un menor objeto de maltrato se realiza en función de la gravedad del daño que se produce en la salud y desarrollo del menor. Y se distingue 1) *Daño físico*, 2) *Daño psíquico* , que incluye las áreas a) emocional (referida fundamentalmente a la construcción de la identidad; autoestima; seguridad y confianza en uno mismo y en el mundo que le rodea; identificación, manejo, expresión y control de emociones; identidad sexual), b) social (referida a las pautas de comunicación y relación con otras personas, tanto iguales como personas adultas) y c) cognitiva (referida a procesos cognitivos básicos –percepción, atención, memoria, imaginación– y superiores –lenguaje y pensamiento, razonamiento–).

2. VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA

En cuanto a la violencia contra la pareja cabe destacar que hasta no hace mucho tiempo *estar expuesto a la violencia contra la pareja* ha tenido diferentes significados: desde situar a los niños o niñas en el escenario de la violencia como meros espectadores a considerarlos como sujetos de las dinámicas violentas. En la actualidad, las definiciones de malos tratos a los menores que solamente describan los incidentes violentos resultan incompletas puesto que la violencia intrafamiliar no es solamente el golpe, insulto, agresión sexual o aislamiento de la víctima, sino que incluye la disparidad misma en las relaciones familiares o el ejercicio despótico y arbitrario de la autoridad por encima de las necesidades del otro. Cabría añadir, además, un aspecto estructural de la violencia contra la pareja como es la exposición de los menores al sistema de creencias y estilo parental propio del agresor en su vida diaria.

Tabla 1: Taxonomía de Holden sobre tipos de exposición posible (Save the Children, 2011; Atenciano, 2009)

Formas de exposición de los niños a la violencia de género

- **Perinatal** : violencia que ejerce el hombre hacia la mujer embarazada.
- **Intervención** : violencia que sufre el niño o la niña al intentar proteger a su madre
- **Victimización** : el niño o la niña se convierte en objeto de violencia psicológica física en el transcurso de una agresión a la madre.
 - **Participación** : colaborar en la desvalorización hacia la madre
 - **Testificación presencial** : el niño o la niña ven la agresión del padre hacia la madre.
 - **Escucha** : se percibe la agresión desde otra habitación.
- **Observación de las consecuencias inmediatas a la agresión** : ven cómo ha sido herida su madre, cómo ha quedado el lugar donde ha sido agredida o ven llegar a la Policía o la ambulancia
- **Experimentación de las secuelas** : al vivir los síntomas de su madre, la separación de sus padres o el cambio de residencia, por ejemplo
 - **Escucha de lo sucedido** : presenciando conversaciones entre adultos.
- **Desconocimiento de los acontecimientos** : al haber sucedido lejos de los niños o las niñas.

Sobre la relación entre maltrato infantil y violencia contra la pareja, Atenciano (2009) indica que la violencia dentro de la pareja hace aumentar el riesgo de violencia contra los niños en el seno familiar, creando riesgo en los propios menores de ser ellos mismos víctimas de maltrato infantil, tanto porque el propio maltratador de género puede extender su violencia a los hijos como porque la violencia contra la pareja impacta en los hábitos y capacidades de las mujeres en su rol materno (algunas investigaciones

sugieren que las mujeres maltratadas tienen más probabilidad que las que no lo son de ser agresivas con sus hijos e hijas debido a los niveles de estrés, depresión y ansiedad que experimentan a causa de la violencia de género). Como es esperable, los menores que sufren la exposición y la propia victimización tendrán más problemas que los niños testigos.

III. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LOS MENORES

Cualquier situación de victimización criminal supone un estresor psicosocial que desborda el equilibrio de una persona y sus estrategias de afrontamiento y afecta a la salud física y psicológica en cualquier etapa del desarrollo que se produzca, pero si ocurre dentro de la familia y durante la infancia o adolescencia, el impacto puede ser más significativo, ya que afectará a una persona en una fase del desarrollo que requiere de especiales condiciones de estabilidad y protección (las experiencias tempranas proporcionan la base para las adaptaciones posteriores), y además procede de una persona vinculada afectivamente con el mismo, es decir de una figura de apego. Los menores que crecen en hogares violentos aprenden a interiorizar un modelo de relación que legitima el uso de la violencia como método válido para finalizar o resolver un conflicto y, en consecuencia, tendrán más posibilidades de repetirlo cuando se presenten situaciones que ellos identifiquen con las ya vividas, aceptando como adecuadas creencias y valores desde todo punto de vista rechazables.

Los efectos de la violencia intrafamiliar en los menores que la sufren son múltiples y diversos. Aunque la consecuencia más visible en los menores es el daño físico, no es ésta ni la más grave ni la más frecuente. Se producen reacciones postraumáticas que pueden desencadenar un Trastorno de Estrés Postraumático, así como consecuencias psicológicas externalizantes e internalizantes.

1. CONSECUENCIAS FÍSICAS

Los indicadores más comunes en el maltrato físico son, siguiendo a De Paúl, J. et al. (2002), las magulladuras o moratones en el rostro, labios, boca, torso, espalda, nalgas o muslos; quemaduras con formas definidas de objetos o de cigarrillos o puros; fracturas de nariz, mandíbula o los huesos largos; torceduras o dislocaciones; señales de mordeduras; cortes y pinchazos; lesiones internas. Incluso puede ocurrir la muerte del menor ocasionada por muy diversas formas. Cualquier tipo de maltrato físico ejercido hacia un menor acarrea, además, importantes consecuencias en su salud mental.

Seijo, D. et al. (2009), recogiendo la investigación con niños que han estado expuestos a violencia doméstica, sea ésta física o psicológica, informan de consecuencias físicas como son trastornos somáticos (dolores de cabeza y estómago), asma, náuseas, diarrea... así como de reacciones fisiológicas como incremento de la tasa cardiaca o de la presión sanguínea, aspectos predictores de enfermedades crónicas; incluso retrasos en el crecimiento y el peso, alteraciones en el sueño y la alimentación, disminución de habilidades motoras. También resultan alarmantes, de acuerdo con estudios que lo constatan, los cambios negativos permanentes en el cerebro y desarrollo del sistema nervioso asociados a la exposición de niños de corta edad a la violencia intrafamiliar; trastornos del desarrollo y del lenguaje, problemas en el funcionamiento cognitivo, retrasos en el crecimiento, trastornos en la conducta alimentaria.

2. REACCIONES POSTRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Sufrir una situación traumática supone un estresor psicosocial que desborda el equilibrio de una persona y sus estrategias de afrontamiento y normalmente cursa con una fuerte emocionalidad negativa de forma aguda y/o crónica. Ahora bien, esto no siempre ocurre así. Muñoz, J.M. (2013) destaca el hecho de que ante una experiencia traumática la respuesta más común es la resiliencia (35-55 %), seguida de la recuperación espontánea (15-35 %) y únicamente un reducido grupo de personas desarrollaría una patología traumática bien de carácter demorado (5-10 %) bien de carácter crónico (10-30%). En esta línea, la revisión de la literatura sobre el tema en lengua inglesa basada en la investigación científica, que realiza Atenciano, B. (2009), concluye que no puede afirmarse que los menores expuestos a la violencia intrafamiliar (o siendo ellos mismos objeto de violencia) presenten un patrón único de respuesta puesto que con algunos se asocia psicopatología y otros, en cambio, presentan mayor resiliencia. Se critica así, del modelo traumatogénico, la sobreestimación de la respuesta traumática y los posibles efectos iatrogénicos al facilitar la perpetuación del afectado en el rol de víctima y ralentizar el proceso de adaptación.

En todo caso, el cuadro clínico más representativo en psicopatología traumática es el Trastorno de Estrés Postraumático. Se han descrito reacciones traumáticas en menores intervenidos quirúrgicamente y menores con cáncer, o en menores ante el hundimiento de su colegio, secuestrados en un autobús escolar, etc. produciendo síntomas característicos de TEPT como la re-experimentación del acontecimiento (pesadillas, flashbach, etc.), evitación (de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático), el embotamiento afectivo y un aumento de la activación. En los niños y adolescentes, el efecto del trauma y su valoración como TEPT puede mantener los criterios generales para adultos o mantener algunas características específicas. Así, Seijo, D. et al. (2009) describen criterios de experimentación, evitación y aumento de la activación en menores expuestos a la violencia de género.

Tabla 2: Reacciones postraumáticas (elaboración propia a partir del Manual diagnóstico y estadístico DSM-V, American Psychiatric Association, 2013)

Criterios TEPT según el Manual de Diagnóstico DSM-V

- **Exposición (experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que ha ocurrido exposición repetida) a la muerte, lesión grave o violencia sexual, real o amenaza.**
- **Síntomas de intrusión asociados: Recuerdos angustiosos, sueños angustiosos, reacciones disociativas (como si se repitiera el suceso), malestar psicológico intenso asociado, reacciones fisiológicas intensas.**
- **Evitación de estímulos asociados: Evitación de recuerdos, pensamientos sentimientos angustiosos; evitación de recordatorios externos (personas, lugares...).**
- **Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (amnesia disociativa), creencias o expectativas negativas sobre uno mismo y los demás, percepción distorsionada de la causa o consecuencias, estado emocional negativo, disminución del interés en actividades, sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás, incapacidad de experimentar emociones positivas.**
- **Alteración de la alerta y reactividad asociadas: Comportamiento irritable y arrebatos de furia, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto, problemas de concentración, alteración del sueño.**

Estas reacciones patológicas pueden explicarse en la medida en que la experiencia prolongada y repetida de los episodios agresivos se asocia a la frecuente presencia de síntomas de intrusión (recuerdos, sueños, reacciones disociativas...); la alteración de la alerta (hipervigilancia, sobresaltos...) resulta ante la indefensión por la imposibilidad de

predecir y controlar la concurrencia de los sucesos violentos y de la percepción de que en cualquier momento puede repetirse; las conductas de evitación, sobre todo de evitación de sentimientos, se explican en relación al miedo y deseos de que no se repitan acontecimientos violentos ni asociaciones que recuerden el trauma; y las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo se explican mediante la impredecibilidad y la indefensión que produce el suceso.

Sin embargo, el abuso o maltrato íntimo, doméstico, familiar, en todas sus formas, ocurre durante largos periodos de tiempo en que los menores sufren muchas circunstancias estresantes, es decir el menor se encuentra en un ambiente en el que el trauma ocurre repetida y acumulativamente; por eso se denomina «trauma complejo» y hace referencia a formas de trauma en que las condiciones vitales desbordan las posibilidades de entender y asimilar cognitivamente y emocionalmente la experiencia, alterando la percepción de sí mismo y la afectividad.

Tabla 3: Alteraciones centrales del TEPT Complejo (Recogidas por López-Soler, 2008, siguiendo a Herman, 1992.)

Alteraciones del TEPT Complejo

- **Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos: desregulación emocional (ira), conductas autodestructivas, ideación suicida, inapetencia sexual, asunción excesiva de riesgos.**
- **Alteraciones en la atención y la conciencia: dificultades en la atención y concentración, amnesia, episodios disociativos transitorios y despersonalización.**
- **Alteraciones en la autopercepción: sentimientos de culpabilidad y vergüenza, sentimientos de ineficacia, incomprensión, minimización.**
- **Alteraciones en la percepción del victimario: aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias.**
- **Alteraciones en las relaciones interpersonales: desconfianza, sensación de vulnerabilidad y peligro.**
 - **Somatización y/o problemas médicos.**
- **Alteraciones de los esquemas mentales (sistema de significados): desesperanza acerca del mundo y del futuro, sentimientos de equidad, pérdida del sentimiento de seguridad e invulnerabilidad.**

En relación a la *transmisión intergeneracional del trauma* una reciente revisión bibliográfica sobre el tema (Sánchez, L., 2017) indica que no solo se verían afectados aquellos individuos que han sido víctimas de un evento traumático, sino también su entorno más cercano. Las interacciones que se dan entre la primera y la segunda generación (entre padres e hijos) ponen de manifiesto la transmisión de la manera de percibir el mundo de modo inseguro, así como la sobreprotección resultante de una excesiva preocupación y protección por *el miedo a que le pase a él también* ; por lo que los hijos de personas que han estado sometidas a un estrés prolongado son más vulnerables a manifestar síntomas de TEPT.

3. CONSECUENCIAS EXTERNALIZANTES

Los niños y adolescentes expuestos a diferentes tipos de maltrato presentan más cantidad de conductas externalizantes tales como problemas de conducta, abuso de sustancias, agresividad, hostilidad, comportamiento negativista-desafiante e hiperactividad. Estudios demuestran que el ser testigo de la violencia puede generar actitudes en los menores que justifiquen su propio uso de la violencia y esa percepción puede afectar a su comportamiento en otras relaciones interpersonales. Por otro lado, la exposición a altos niveles de violencia pueden hacer sentir diferentes y contradictorias emociones de ira, respondiendo así de forma agresiva a estímulos que interpretan que

esa ira puede ser un medio eficaz para cubrir sus necesidades y calmar su frustración.

Estas consecuencias externalizantes se desarrollan sobre todo en forma de hiperactividad/problemas de atención, hostilidad/agresividad/irritabilidad/rabietas, comportamientos oposicionistas y desafiantes, inconformidad y desobediencia, tics (en niños pequeños), problemas en la escuela de rendimiento y conductas disruptivas, así como enuresis, encopresis, retrocesos en el lenguaje, somatizaciones o problemas en el sueño en niños de más corta edad. En preadolescentes y adolescentes pueden cursar en forma de parentificaciones (asumir roles sobreadaptados de protección hacia el miembro que consideran más débil), abusos de sustancias, conductas inadaptadas.

4. CONSECUENCIAS INTERNALIZANTES

A pesar de que resulta más visible e identificable la sintomatología externalizante, la investigación ha identificado en menores importantes alteraciones internalizantes asociadas a la violencia intrafamiliar como estados depresivos, cuadros de ansiedad, baja autoestima, inhibición, miedo, distorsiones cognitivas, atribución de errores, sintomatología disociativa y retraimiento. Y es que la exposición a la violencia supone para estos niños una amenaza y desencadena un aumento de la activación fisiológica y afectiva contribuyendo a disminuir su capacidad para regular las emociones. Esa reactividad emocional estaría relacionada tanto con externalización como con la internalización de los problemas y de este modo los niños pueden sentirse ansiosos, impotentes y deprimidos como resultado de desarrollar expectativas acerca de que las discusiones entre los adultos van a derivar en agresiones físicas, aumentando con ello la probabilidad de desarrollar sintomatología clínica como ansiedad, depresión, ira y trastorno de estrés postraumático.

Otras manifestaciones internalizantes se relacionan con problemas cognitivos de concentración, retrasos del lenguaje y desarrollo, distorsiones o atribución de errores, déficit de empatía y tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los demás. Seijo, D. et al. (2009) añaden, como alteraciones emocionales asociadas, la experimentación de rabia y frustración, vergüenza; los más pequeños, inseguridad, culpa, vergüenza, tristezas y miedo. Asimismo baja autoestima y atribuciones de culpabilidad sobre la violencia. El miedo y la inseguridad les provoca un estado continuo de alerta, y niveles elevados de reactividad emocional, que impide regular las emociones de forma eficaz.

5. FACTORES MODERADORES Y DE PROTECCIÓN

Establecer una vía directa de causalidad que conduce a un resultado concreto entre la exposición a la violencia y las consecuencias de la misma para los menores resulta en muchas ocasiones complicada ya que, más que una relación directa causa-efecto, lo que se observa es una interacción permanente entre diferentes aspectos que protegen al menor y la propia vulnerabilidad en el niño y su entorno, haciendo variar los efectos de la violencia intrafamiliar en función de cómo esos factores se manifiestan a lo largo de la vida del menor.

Los factores moderadores influyen en la fortaleza de la relación entre la exposición a la violencia por parte de un menor y la respuesta o consecuencias de los menores ante ella. López, C et al. (2017) señalan como más significativos la edad (o nivel de desarrollo) (la exposición a la violencia en edades tempranas agravaría las consecuencias); el género (ambos géneros se ven afectados negativamente si bien podemos decir que los chicos presentan más problemas externalizantes y las chicas más de tipo internalizantes

como depresión o quejas somáticas) o la naturaleza del conflicto (los conflictos interparentales son los más angustiantes para los menores, en la medida que estos sean más frecuentes, intensos y pobremente resueltos).

Los factores mediadores son los que ayudan a explicar por qué la violencia intrafamiliar resulta perjudicial para los niños y niñas, puesto que explican los mecanismos que participan en dicho efecto. En este sentido, los citados autores señalan como más significativos, los problemas en los progenitores que influyen en las capacidades para la crianza (estrés, TEPT, depresión, problemas de salud mental...), las estrategias de afrontamiento de los propios menores o el estrés postraumático en los niños y niñas.

Entre los factores protectores o de resistencia ante la adversidad López, C et al. (2017) destacan la autoestima positiva, la adaptabilidad, el optimismo, la capacidad de relacionarse, la creatividad, el grado de desarrollo, la inteligencia, los buenos resultados académicos, el talento, los intereses especiales y el temperamento fácil como aspectos que confieren resiliencia a los menores víctimas de la violencia intrafamiliar.

IV. INDICADORES Y CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Un reciente estudio sobre la epidemiología y prevalencia de la victimización sexual infantil en España realizado por Pereda, N. (2016), indica que el porcentaje varía pero se sitúa entre el 10 y el 20 % de la población comunitaria. Las dos áreas de exploración psicológico-forense más habituales en casos de ASI en función de la demanda judicial son las siguientes: 1) Si existen manifestaciones explícitas del menor acerca del abuso sexual, tienen especial importancia la entrevista de investigación especializada, anterior a psicoterapia y registrada mediante sistema grabación, así como el informe sobre análisis/credibilidad del testimonio mediante un procedimiento empíricamente validado. 2) Si surge la sospecha sin concreción verbal del menor, las posibilidades se han de centrar en la valoración del posible daño psíquico derivado de la situación mediante el análisis de las características conductuales llamativas y de síntomas clínicos o somáticos (indicadores) como son las reacciones emocionales, conductas sexuales inapropiadas para la edad, anomalías en la conducta social, etc. La interpretación del comportamiento del menor durante el juego *con muñecos anatómicamente correctos* es criticada en contexto forense por inducir a la sugestión y la interpretación de los dibujos infantiles resulta asimismo criticada por falta de investigación que indique que determinados dibujos son claros síntomas de abuso sexual. Con todo, las dos áreas principales de exploración psicológica-forense en casos de ASI son el análisis criterial del testimonio aportado por el menor sobre los hechos y la valoración del posible daño psíquico derivado de la situación, pudiendo combinarse ambas.

En cuanto a la evaluación del daño psicológico en los casos de victimización sexual infantil, Pereda et al (2013), indican que la presencia en un menor de indicadores físicos, psicológicos o sociales no implica que el abuso se haya producido, del mismo modo que su ausencia no supone que el abuso no se haya producido; y clasifican los indicadores y consecuencias del ASI del siguiente modo: 1) *Indicadores físicos* (poco frecuentes y a veces compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas): lesiones genitales y anales, presencia de espermatozoides, infecciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazo. Otros indicadores físicos menos específicos son enuresis y encopresis nocturna, infecciones urinarias repetidas, presencia de tóxicos... 2) *Indicadores psicológicos* (frecuentes y diversos): Conductas sexualizadas y comportamientos erotizados, conocimientos sexuales inadecuados para su edad, atribuciones y percepciones distorsionadas sobre sí mismo (desconfianza, sentimientos de estigmatización y culpa,

baja autoestima), sintomatología postraumática (en niños, conductas regresivas y somatizaciones, mayor dependencia del adulto, dificultades para conciliar el sueño, trastornos de la alimentación), conductas agresivas (irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas, pesadillas y terrores nocturnos, sentimientos de culpa, representación repetitiva del acontecimiento traumático mediante juegos y dibujos. 3) *Indicadores psicológicos a través del relato del menor*: se utilizan criterios de análisis del contenido del relato asociados a episodios que han ocurrido. 4) *Factores de riesgo del ASI* (no son indicadores directos pero su conjunción pueden constituir un contexto favorecedor de los abusos): que el niño resida con una sola figura parental biológica, la presencia de figura masculina en el hogar sin relación de parentesco (padrastro, tíos...), ausencia de supervisión parental adecuada, historia de abusos sexual infantil o maltrato físico en la madre o en el abusador, familias con roles y funciones entre sus miembros difusos, desdibujados, sustituidos o ausentes.

Echeburúa et al. (2011) por su parte indican que las secuelas del abuso sexual en los menores son similares a las de otro tipo de agresiones, pues los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etc.) dan lugar a síntomas y pautas de conducta similares en niños con la misma edad. Lo único que diferenciaría a los niños abusados sexualmente sería la presencia de conductas sexuales inapropiadas como promiscuidad sexual, desarrollo sexual prematuro, o inhibición sexual.

Aunque no exista un conjunto de síntomas específicos derivados del ASI sino más bien un repertorio variado de problemas asociados (depresión, ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza, etc.) resulta confirmada la posibilidad de consecuencias tanto inmediatas que afectan al menor como efectos adversos a largo plazo que se pueden convertir en problemas crónicos en el adulto. Las reacciones sociales ante el abuso tienen una incidencia importante en la víctima y se asocian a la menor o mayor gravedad de su psicopatología; así, reacciones sociales de culpabilización, negación, distracción, el ser tratado de forma diferente, la reacción egocéntrica o el control desatienden las necesidades reales de la víctima y presentan una influencia perjudicial a la salud psicológica de la víctima (Pereda, N. et al., 2017).

Pero no encontramos unanimidad en este sentido. Köhnken (2006) analiza la investigación a nivel internacional acerca de los indicadores o síntomas del ASI y concluye que no está claro que los sujetos que han padecido abuso sexual desarrollen en lo sucesivo síntomas; es decir, que la conexión entre las experiencias de abuso sufridas y los rasgos llamativos de conducta resulta escasa y además se suele confundir con problemas familiares y concluye que una conducta anómala de cualquier tipo, incluido el comportamiento sexual inapropiado para la edad, no es válida como indicador de que haya ocurrido un abuso sexual. Ahora bien, aunque la relación estadística entre episodios de abuso y los daños psíquicos posteriores sea reducida según el citado autor, eso no significa que en un caso particular no se presenten problemas psíquicos graves y durante un largo periodo de tiempo, como efecto o como secuela.

En esta misma línea crítica, Scott et al. (2014), tras una revisión de la literatura científica, destacan varias limitaciones en la utilización de estos indicadores como forma de acreditar desde el contexto forense una posible situación de victimización infantil añadiendo que esta interpretación errónea de las anomalías del comportamiento infantil puede conllevar a interrogatorios inadecuados, consolidación de falsas memorias y pseudo-verificación de la sospecha. En primer lugar critican el propio modelo traumatogénico que sustenta la evaluación pericial del daño psíquico como forma de acreditar el supuesto delito, pues no siempre ocurre que la exposición a un evento traumático tenga como efecto en una desestabilización del estado psíquico de

la persona expuesta a él y porque, además, son muchas las variables contextuales e individuales que influyen en esa relación entre hecho traumático y sintomatología de daño psíquico. En relación a todo ello, una de las variables determinantes de las posibles consecuencias negativas es el proceso de valoración o interpretación individual de la experiencia de victimización y así los autores distinguen dos formas de victimización: la victimización mediatizada por el dolor y la victimización mediatizada por el significado. Una situación de victimización que cursa con dolor (p.e. un ataque violento) es experimentada de forma negativa hasta por un preescolar, aunque carente de significado sexual. Sin embargo una victimización sexual que se produce en un contexto lúdico o con experimentación placentera por parte del menor necesitará de un nivel cognitivo suficiente para que éste lo dote de una valoración negativa. En muchas ocasiones esta valoración procede de las reacciones del entorno próximo o bien se producen con posterioridad.

Se critica, asimismo, la inexistencia de una definición consensuada sobre victimización sexual infantil y que la mayoría de las muestras proceden de contextos clínico-asistenciales o del sistema de protección de menores que recogen casos procedentes de diversas fuentes de derivación y con distinto grado de certeza o confirmación del ASI. Además, es difícil acceder a amplias muestras, o se incluyen a menores pseudovictimizados cuyos indicadores pueden corresponder a otro estresor psicosocial. En la misma línea, los autores formulan la crítica de comparar los síntomas asociados al ASI con los síntomas asociados a una situación de divorcio parental en preescolares en la que apenas se encuentran diferencias. Únicamente éstas estarían en la aparición de conductas sexualizadas, las cuales pueden deberse a la presencia de otros estresores o simplemente pueden ser conductas propias del desarrollo sexual infantil (exploración de las partes del cuerpo incluidos los genitales, la autoestimulación sexual, la curiosidad por las diferencias corporales, los juegos sexuales...); por todo lo cual concluyen que resulta arriesgado confirmar o desestimar denuncias de ASI atendiendo a la presencia o ausencia de desajustes psicológicos en el menor.

V. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE

Las consecuencias en menores expuestos a violencia intrafamiliar son, como se ha indicado anteriormente, múltiples y complejas. Para poder determinar cuáles son dichas consecuencias psicológicas y su repercusión en los menores resulta necesario evaluar tanto aspectos cognoscitivos como emocionales y conductuales presentes en los menores, siendo la entrevista tanto con los propios hijos como con los progenitores y otros informantes significativos, la principal técnica de evaluación en contexto forense, técnica que se combina con la utilización de pruebas psicométricas.

Partiendo de ello, López, C et al. (2017) presentan un protocolo para evaluar las consecuencias en los menores expuestos a violencia de género en la pareja así como los factores mediadores por parte del Equipo GUIIA (2010).

Tabla 4: Propuesta de protocolo de evaluación en infancia expuesta a violencia de género PEIV (GUIIA-PC, 2010, en López et al. 2017, 152-154)

Áreas	Instrumentos	Autor	Año	Edades	Informante
Sintomatología general	CBCL. Inventario de comportamiento de niños o niñas para padres	Achenbach y Rescorla	2000	1 ½ a 5	Padres

	CBCL. Inventario de comportamiento de niños o niñas para padres	Achenbach	1991	6-18	Padres
	TRF. Inventario del comportamiento de niños o niñas para padres	Achenbach y Edelbrock	1986	1 ½ a 5	Profesores
	TRF. Inventario del comportamiento de niños o niñas para padres	Achenbach	1991	6-18	Profesores
	YSR. Autoinforme del comportamiento en jóvenes	Achenbach	1991	11-18	Niños/niñas. Adolescentes
Ansiedad	CAS. Cuestionario de Ansiedad Infantil	Gillis	1989	6-8	Niños/niñas
	STAI-C. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo en niños	Spielberger, Gorsch y Lushene	1982	9-15	Niños/niñas. Adolescentes
	CASI. Índice de sensibilidad a la ansiedad para menores	Sandin.	1997	8-18	Niños/niñas. Adolescentes
Depresión Ira y autocontrol	CDI. Inventario de depresión infantil STAXI-NA. Inventario de expresión de ira rasgo-estado en niños y adolescente CACIA. Cuestionario de autocontrol para infancia y adolescencia AD. Cuestionario de conducta antisocial y delictiva	Kovacs Del Barrio, Spielberger y Aluja Capafons y Silva Sesidedos	2004 2005 1995 1987	9-15 8-16 11-18 8-18	Niños/niñas. Adolescentes Niños/niñas. Adolescentes Adolescentes Niños/niñas. Adolescentes
Adaptación	TAMAI. Test Autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil	Hernández	2004	8-18	Niños/niñas. Adolescentes
Reacciones postraumáticas	CPSS. Child PTSD Symptom Scale	Foa et al.	2001	8-18	Niños/niñas. Adolescentes
	SCARED-R- escala abreviada de cribado del TEPT derivada de la SCARED	Muris et al.	2000	8-18	Niños/niñas. Adolescentes
	DESNOS. Listado de síntomas del trauma complejo	GUIIA-PC	2007	0-18	Terapeuta
Inteligencia	K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman	Kaufman y Kaufman	1990	4-90	Niños/niñas. Adolescentes
Lenguaje	PLON-R. Prueba de lenguaje oral Navarra-Revisada	Aguinaga et al.	2005	3-7	Niños/niñas
Lectoescritura	TALE. Test de análisis de la lectura y la escritura	Toro y Cervera	1980	6-12	Niños/niñas
Desarrollo	Inventario de desarrollo BATELLE	Newborg et al.	1989	0-8	Niños/niñas

La evaluación del daño psicológico que se realiza en contexto forense ha de tener en cuenta algunas especificidades y diferencias con respecto a la evaluación clínica.

Echeburúa et al. (2011) indican que esta evaluación forense se encuentra con algunas dificultades específicas como es la involuntariedad del sujeto, los posibles intentos de manipulación de la información aportada (simulación o disimulación) o la influencia del propio proceso judicial en el estado mental del sujeto. En este ámbito forense se aconseja, además, la reducción al máximo de las etiquetas diagnósticas y centrarse más en lo descriptivo y funcional al servicio del asunto jurídico demandado. Por otro lado, el principio de intervención mínima en la evaluación psicológica forense con el objeto de evitar victimización secundaria aconseja un uso no abusivo de los test, siendo la entrevista la técnica fundamental.

Otro aspecto fundamental en la evaluación forense es el control necesario de la simulación y de la disimulación así como la detección del engaño y de la deseabilidad social, es decir el control del posible deseo deliberado por parte del sujeto de ocultar su estado mental real bien para dar una imagen positiva de sí mismo (por ejemplo en procedimientos de custodia disputada) o para transmitir un estado de deterioro acentuado (por ejemplo en la evaluación del daño psíquico que conlleve reclamación de indemnización). En el caso de la evaluación de menores todo ello (expresado de forma autónoma dependiendo de la edad o inducida por alguno de los progenitores incluidos en el conflicto), se puede agravar mediante la contradicción procedente del conflicto de lealtades ante una situación de exposición al conflicto que mantienen sus progenitores.

Teniendo en cuenta todo ello, en la evaluación psicológico-forense de menores se recomienda intervención mínima imprescindible, control de la simulación y disimulación y del engaño combinando tareas de conocimiento de síntomas con tareas de reconocimiento, identificación de las alineaciones y conflictos de lealtades generados ante el conflicto entre uno y otro progenitor y su posición medial, reducir etiquetas diagnósticas y centrarse en lo descriptivo y funcional del asunto jurídico demandado, uso no abusivo de tests siendo la entrevista adaptada a la edad y situación del menor la técnica fundamental, uso limitado y cuidadoso de las técnicas proyectivas pues el dibujo y el juego trasladan conclusiones del mundo imaginario al mundo real pero existe falta de estandarización, así como no utilización de los muñecos anatómicos por sugestivos.

VI. VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

La victimización secundaria de los menores se refiere al impacto que sufre una persona como consecuencia de su paso por el sistema de justicia. Muñoz, J.M. (2013) indica que esto ocurre por 1) la priorización en el sistema judicial de la búsqueda de la realidad del suceso delictivo olvidando la atención a la víctima despersonalizando su trato, 2) la falta de información sobre el proceso judicial, 3) la falta de un entorno de intimidad y protección, 4) el desconocimiento por parte de la víctima de los roles de los operadores jurídicos, la excesiva lentitud del proceso judicial y 5) el cuestionamiento de la credibilidad de la víctima en la vista oral. El reciente Estatuto de la víctima del delito (Ley 4/2015, de 27 de abril) trata de minimizar estos aspectos de victimización secundaria en general y en especial focaliza la atención en las víctimas vulnerables, incluyendo a menores y discapacitados. En concreto, el Título III aborda cuestiones relativas a la protección y reconocimiento de las víctimas así como las medidas de protección específicas para víctimas vulnerables. Se busca con ellas la protección frente a eventuales represalias, intimidación, victimización secundaria, daños psíquicos o agresiones durante los interrogatorios y declaraciones como testigos. Y se incluyen como medidas protectoras 1) el uso de salas separadas en los tribunales para evitar el contacto de la víctima con el infractor así como la confrontación visual, 2) obtener la declaración de la víctima sin demora, 3) reducir el número de declaraciones y reconocimientos médicos al mínimo necesario, 4) garantizar su derecho a acompañarse

de personas de su elección, 5) promover evaluaciones individualizadas de la víctima para determinar las necesidades específicas de protección, 6) el uso de tecnologías para poder oír a la víctima sin estar presente en el juicio, 7) no permitir preguntas capciosas, sugestivas o impertinentes, 8) declaraciones judiciales grabadas para ser reproducidas en juicio, 9) declaraciones por medio de expertos.

En este sentido, Echeburúa, E. et al. (2008) aportan una serie de pautas prácticas de utilización con menores y otras víctimas vulnerables para evitar la victimización secundaria en un proceso judicial entre las que destacan 1) exonerarle del deber de declarar utilizando testimonios de referencia (padres, profesores, terapeutas), 2) la práctica anticipada de la prueba para lo cual se trataría de buscar momento psicológicamente adecuado, 3) practicar una única declaración con el objeto de minimizar el riesgo de victimización y preservar la calidad del testimonio (contaminación y falso recuerdo), 4) espacio adecuado que evite confrontación visual y permita utilizar circuito cerrado o videoconferencia, 5) evitar vestimentas que impacten al menor.

VII. IMPLICACIONES PSICOLÓGICO-FORENSES EN LA INTERVENCIÓN CON MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Una de las finalidades de la evaluación forense del daño psicológico, como se ha indicado, es que ayuda a planificar el tratamiento de la víctima. Teniendo en cuenta ese daño psicológico, se han desarrollado una serie de programas de tratamiento que se han venido aplicando. La reciente consideración legal de los menores expuestos a la violencia de género como víctimas directas e independientes de sus madres han facilitado el desarrollo de programas de tratamiento específicamente dirigidos a los menores.

Observamos una amplia variabilidad de programas de tratamiento. Castro, M. et al., (2013) indican que para desarrollar estos programas se emplean diferentes orientaciones de tipo cognitivo-conductual, sistémicas, psicodinámicas, de juego, psicoeducativas, sociales, etc. También puede ser diferente las personas a las que se dirige la intervención: menor, madre, profesores. Además, puede ser grupal, individual o diádica y realizada en contexto clínico, familiar, escolar o comunitario. El tipo de intervención terapéutica ha de estar basado en las secuelas detectadas, el nivel de desarrollo del menor y su contexto familiar. Algunos tratamientos se centran en problemas de adaptación específicos y otros están diseñados para ayudar a los niños y sus familias en las transiciones específicas; pueden dirigirse a las secuelas traumáticas a nivel individual o pueden ser de tipo psicoeducativo o de apoyo grupal. Existen protocolos específicos de tratamiento psicológico como la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT), dirigida específicamente a la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, ansiedad, autoestima....

Propuestas programáticas concretas destinadas a menores que han sufrido violencia en el seno de la familia encontramos en Fariña, F. et al. (2009), quienes incluyen: *Estrategias de comunicación, Solución de problemas, Habilidades alternativas a la agresión, Inteligencia emocional y contenidos específicos*; desarrollando el programa en 16 sesiones que hacen referencia a: *Presentación del grupo, Sentimientos específicos, Educación en igualdad de género, Parentificación y sobrecarga, Refuerzo del autoconcepto, Inteligencia emocional, Entrenamiento en habilidades de comunicación, Entrenamiento en solución de problemas, Habilidades alternativas a la agresión, Evaluación postintervención y cierre del programa*. Este programa utiliza como técnicas principales *las instrucciones, el modelado, role-playing, relajación, reforzamiento, retroalimentación, reestructuración cognitiva, aprendizaje cooperativo, dinámica de*

grupos, estrategias compañero-tutor y tareas para casa. También Rosser et al., (2013) ofrecen un guía para profesionales en la intervención con menores expuestos a violencia de género exponiendo diferentes programas de intervención psicológica y psicosocial así como el apoyo institucional a estos menores víctimas.

Por su parte López, C., (2107) formula una propuesta de intervención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género que se complementa con la intervención a las madres. Esta propuesta de intervención con los menores gira en torno al reconocimiento y expresión de emociones, relajación, estrategias de autoprotección en situaciones de violencia, reconstrucción de la identidad personal, crecimiento personal, reestructuración cognitiva, relaciones familiares y elaboración del trauma. Estos temas se trabajan tanto en sesiones individuales como grupales. Distribuye el tratamiento a los menores en seis sesiones de trabajo, con especificidades en función del desarrollo evolutivo y edad de los menores; describiendo las actividades a realizar y anexando incluso los materiales de evaluación y tratamiento

En el caso específico sobre la intervención en abuso sexual infantil, Echeburúa, E. et al. (2011) indican que no todas las víctimas de ASI requieren ser tratadas psicológicamente puesto que la terapia psicológica puede implicar en algunos casos una segunda victimización. Se indica el tratamiento para niños afectados por sintomatología intensa de ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales. En estos casos la intervención gira en torno a dos ejes fundamentales: uno educativo-preventivo y otro propiamente clínico o terapéutico que le ayude a elaborar cognitivamente y emocionalmente el abuso, trate los sentimientos de culpa y de vergüenza; les ayude a elaborar la reexperimentación cognitiva y la evitación: la ansiedad, miedos y conductas de evitación, la desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales, o la hostilidad, rabia y agresividad que en ocasiones expresan o las alteraciones en el área sexual. Para ello, los autores proponen el enfoque cognitivo conductual como el de mejores resultados terapéuticos tanto del menor víctima como de la familia. En los demás casos, el apoyo familiar y la vuelta a la vida cotidiana resultan suficientemente protectores.

En los casos de ASI que resulte imprescindible la intervención psicosocial con la familia, directamente encargada de garantizar la seguridad y protección al menor, el tratamiento se ha de centrar en la adopción de estrategias urgentes de afrontamiento en los contactos con servicios sociales, o con el sistema judicial o policial, actitud adecuada ante la revelación del abuso unida a estrategias de solución de problemas, evitar culpabilizaciones del/la menor, valorar de forma adecuada una eventual separación del menor de su familia... Además, se ha de ayudar a aportar un asesoramiento psicoeducativo familiar así como una intervención terapéutica dependiendo del estado psicológico de los componentes familiares, centrando la atención en posible negación del abuso, sentimientos de culpa, de fracaso, de incapacidad o de estigmatización; rabia, resentimiento y deseos de venganza; ansiedad, depresión y baja autoestima; o el propio deterioro de las relaciones familiares.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Alcántara, M.V. (2010): Las víctimas invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género. Tesis doctoral, Universidad de Murcia.

Alcántara, M.V., López-Soler, C., Castro, M y López, J.J. (2013): Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29, 3, 741-747.

American Psychiatric Association (2013): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Amor, P.J., Echeburúa, E. y Carrasco, M.A. (2016): Daño psicológico en las víctimas de los delitos violentos. *Doctrina práctica*, 28, 41-74.

Arce, R. y Fariña, F. (2005): Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el Sistema de Evaluación global (SEG), *Papeles del Psicólogo*,

2005. Vol. 26, pp. 59-77.

Arrieta, V. (2014): Diversos escenarios judiciales y su impacto en la victimización secundaria, *Eguzkilore*, 28, 287-320.

Atenciano, B. (2009): Menores expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*, 20, 3, 261-272.

Castro, M., López, C. y Alcántara, M.V. (2013): Programa de apoyo psicológico a menores víctimas de la violencia de género de la región de Murcia. En Rosser, A.M., Villegas, E. y Suriá, R. (coords.) *Intervención con menores expuestos a la violencia de género*, Limecop: Alicante.

DECRETO 152/2017, de 9 de mayo, por el que se aprueba la actualización del Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Balora). Boletín Oficial del País Vasco.

De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (2002), *Manual de protección infantil*, 2.ª ed. Barcelona: Masson.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2002): Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.

Echeburúa, E. y Gerrickaechevarría, C. (2011): Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19, 2, 469-486.

Echeburúa, E. Muñoz, J.M., y Loinaz, I. (2011): La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 1, 141-159.

Echeburúa, E. y Subijana, E.J. (2008): Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 3.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016): Malas praxis en psicología clínica y forense a la luz de los tribunales de justicia españoles: un análisis exploratorio. *Psicología Conductual*, 24, 1. 179-216).

Instituto Nacional de la salud Mental de EEUU. (2009): Ayudando a niños y adolescentes a superar la violencia y los desastres. Qué pueden hacer los padres. Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/ayudando-a-ninos-y-adolescentes-a-superar-la-violencia-y-los-desastres-padres/index.shtml>

Fariña, F., Arce, R. y Seijo, D. (2009): Programa de ayuda a hijos que han vivido violencia

intrafamiliar. En Fariña, F., Arce, R. y Buela Casal (eds.), *G. Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Biblioteca Nueva, Madrid. 251-265.

Köhnken, G. (2006). Anomalías en la conducta como indicadores del abuso sexual infantil crónico o puntual?. En Th. Fabian, C. Böhm & J. Romero (Eds.), *Nuevos caminos y conceptos en la psicología jurídica* (pp. 199-212). Münster: LIT-Verlag.

López-Soler, C (2008): Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 13, 3, 159-174.

López-Soler, C., Alcántara, M., Castro, M. y Martínez, A. (2017): *Menores expuestos a la violencia de género* . Pirámide: Madrid.

Muñoz, J.M. (2013): La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 61-69.

Olaya, B., Tarragona, M.J., De la Osa, L. y Ezpeleta, L (2008): Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del Psicólogo*, 29(I), 123-135.

Pereda, N., (2016): ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo* , 37(2), 126-133.

Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (1), 19-25.

Pereda, N. y Sicilia, L. (2017): Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26, 131-138.

Rosser, A.M, Villegas, e. y Suriá, R. (coords) (2013): *Intervención con menores expuestos a violencia de género*. Limencop: Alicante.

Ruiz, M.^a P. (2004): Credibilidad y repercusiones civiles de las acusaciones de maltrato y abuso sexual infantil, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* , 4, 155-170.

Sánchez, L. (2017): Transmisión intergeneracional del evento traumático. *Cuadernos de Neuropsicología* , 11, 2, 109-124.

Save the Children (2011), En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Madrid. Save the Children.

Seijo, D., Fariña, F. y Arce, R. (2009): La violencia doméstica. Repercusiones en los hijos. En Fariña, F., Arce, R. y Buela Casal (eds.), *G. Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Biblioteca Nueva, Madrid. 119-133.

Scott, M.T., Manzanero, A.L., Muñoz, J.M. y Köhnken, G. (2014): Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil, *Anuario de Psicología Jurídica* , 24, pp. 57-63.

Viola, L. (2010): Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* , 74, 1.

