

ESTUDIO DE CASO: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y CAPACIDADES PARENTALES EN UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Víctor Dujo López¹

Doctorando en Psicología forense. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género ha reformado el ordenamiento jurídico vigente con el objetivo de dar respuesta al problema social que supone la violencia ejercida contra la mujer en el contexto de la pareja. Para ello, ha reforzado la figura del psicólogo forense tanto en la jurisdicción penal como civil. En el presente artículo se expone el estudio de caso de una víctima de violencia de género con un diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático. Se profundiza en la metodología de evaluación y en los aspectos técnicos más importantes a tener en cuenta. En este caso, desde un prisma victimológico, la labor del psicólogo forense consiste en evaluar el daño psíquico, lo que implica valorar la potencialidad traumática del estresor (determinar el tipo de violencia) y establecer la relación causal con la lesión psíquica (huella psicopatológica del delito). En materia civil, el psicólogo forense valorará si el impacto de la violencia en la víctima interfiere en sus capacidades parentales.

PALABRAS CLAVE: *trastorno de estrés posttraumático, capacidad parental, evaluación psicológica forense, victimología.*

Abstract

Organic Law 1/2004 on Protection against Gender-Based Violence has changed the existing legal order to address the social problem of violence against women within the context of the partnership. To this purpose, it has reinforced the role of the forensic psychologist in both criminal and civil jurisdictions. This article provides a case study of a victim of gender-based violence diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder. The assessment methods and the most important technical considerations are discussed in further detail. In this case, from a victimological standpoint, the task of the forensic psychologist is to assess the psychological impact, which implies evaluating the traumatic potential of the stressor (establishing the type of violence) and setting up the causal correlation with the psychological impact (psychopathological imprint of the violence). In civil matters, the forensic psychologist will assess whether the impact of the violence against the victim interferes with his or her parental capacities.

KEYWORDS: *post-traumatic stress disorder, parental capacities, forensic psychological assessment, victimology.*

¹ Citar este artículo como: Dujo, V. (2019). Estudio de caso: trastorno de estrés posttraumático y capacidades parentales en una víctima de violencia de género. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 58-77. doi:

¹ *Correspondencia:* Víctor Dujo López. Doctorando en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Correo electrónico: vdujo@ucm.es

Fecha de recepción del artículo: 03-09-2019

Fecha de aceptación del artículo: 08-10-2019

Introducción

La violencia en la relación de pareja, o la violencia de género, desde la perspectiva jurídica, es un fenómeno que se considera un problema de salud pública debido a los datos de mortalidad y al profundo impacto que genera en la sociedad (Arias y Ikeda, 2008; Graña et al., 2017). Cuando hablamos de violencia de pareja, hacemos alusión a la violencia en todas sus formas de expresión (física, psicológica y sexual) que se da entre personas con una relación íntima, independientemente de que vivan juntos o no, su orientación sexual, o su estado civil (Echeburúa y Muñoz, 2017; McLaughlin et al., 2012).

Desde el punto de vista forense, la violencia psicológica es la que implica un mayor reto técnico debido a que es la más habitual, se suele ser dar de manera íntima, y es más difícil de detectar. Además, se suele dar de manera interrelacionada y simultánea con otros tipos de violencia, y es la que conlleva consecuencias más graves para la víctima (Hirigoyen, 2006).

Precisamente una de las tareas de los psicólogos forenses es la determinación del estresor potencialmente traumatizante, es decir, el tipo de violencia ejercida, ya que el fenómeno de la violencia en pareja no es uniforme (Johnson, 2011), es más, se trata de una realidad compleja y multicausal (Muñoz y Echeburúa, 2016). En este contexto debemos distinguir si la violencia experimentada corresponde a una violencia de tipo coactiva, a la que intenta dar respuesta la Ley Orgánica 1/2004, o responde a una dinámica de violencia situacional (Muñoz y Del Campo, 2015).

Cuando hablamos de violencia coactiva o terrorismo íntimo nos referimos a una dinámica de violencia sistemática, continuada, unidireccional (La LO 1/2004 exige que el hombre sea el sujeto activo), de naturaleza más o menos sutil y que puede desarrollarse en intensidad creciente (en ocasiones en escalada) (Rodríguez-Carballeira et al., 2005). Esta violencia es un medio para conseguir un fin: el control (Boira, Carbajosa y Lila, 2014; Ferrer y Bosch, 2014; Johnson, 2011). En cambio, la violencia situacional es definida como una dinámica episódica y bidireccional asociada a una mala gestión de los conflictos de la pareja o la ruptura (Muñoz y Echeburúa, 2016).

La violencia coactiva está relacionada con graves consecuencias psicológicas para las víctimas debido a la reiteración, intensidad, falta de predictibilidad y duración de las conductas del agresor (Echeburúa et al., 2006). Además, habrá que tener en cuenta los factores de protección y de vulnerabilidad y otros factores relacionados con la situación de victimización como los lazos afectivos de la víctima con el agresor (Echeburúa et al., 2004). En este sentido, el Trastorno de Estrés Postraumático, en adelante TEPT es uno de los trastornos prototípicamente asociados a la violencia de género (Bargai et al., 2007; Matud et al., 2014).

El TEPT es un trastorno que se vertebra en torno a tres elementos principales: la activación psicofisiológica (*arousal*), la reexperimentación del evento traumático y la evitación de los estímulos asociados al estresor primario (personas, lugares, etc.) (APA, 2014). Esta relación puede llegar a mantenerse incluso cuando la víctima se ha expuesto a otros eventos traumáticos recientes (Balducci et al., 2011). La víctima puede presentar una sintomatología muy heterogénea del espectro ansioso (reexperimentación intrusiva, respuestas de alerta, repuestas fóbicas, reactivación fisiológica, etc.), depresiva (culpabilidad, indefensión, apatía), alteración psicósomáticas y afectación en los esquemas cognitivos (visión hostil del mundo, vulnerabilidad, etc.) (Echeburúa y Corral, 1998).

Desde el punto de vista forense existen diversos problemas en su diagnóstico asociados a la elevada comorbilidad de estos cuadros, la heterogeneidad de sus síntomas, la posible falta de colaboración por parte del peritado debido al sufrimiento emocional que supone la evaluación, y el riesgo de prestar demasiada atención a la sintomatología clínica, dejando de lado la funcionalidad del sujeto (Kunst y Winkel, 2015). Otra cuestión básica en población forense es el riesgo de simulación o metasimulación debido a las ganancias secundarias existentes (Echeburúa et al., 2017; González et al., 2012; Muñoz y Echeburúa, 2016).

En casos de violencia en los que hay menores involucrados, debe realizarse una valoración del posible impacto de la violencia en las capacidades parentales de cada progenitor. Igualmente, habrá que valorar el impacto de la violencia en los menores ya que, de manera directa o indirecta, también son víctimas de la violencia en pareja (Cortés et al., 2013). El estrés al que están sometidas las víctimas de la violencia coactiva puede afectar, aunque no necesariamente, a su ejercicio parental (Cantón, 2013).

En estos casos, tan importante es determinar el diagnóstico, como determinar en qué grado interfiere en las capacidades parentales, es decir, hay que valorar en qué medida afecta a la comunicación, los estilos educativos y la interacción con los menores. Igualmente es necesario valorar el modelo de socialización, el plan de parentalidad y descartar un posible riesgo en la seguridad y bienestar de los menores (Ramírez, 2003). En el caso de que haya algún tipo de restricción es recomendable aplicar mecanismos de supervisión o apoyo, como visitas en un Punto de Encuentro Familiar, control terapéutico (medicación y/o tratamiento) e informes periódicos dirigidos al Juez que acrediten la evolución y estado del progenitor (Ramírez, 2003, 2004).

Objeto de la pericial¹

La representante legal de la persona peritada solicita la valoración del daño psíquico a consecuencia de la situación del maltrato experimentada (sentencia firme) y su posible interferencia en las capacidades parentales.

Metodología empleada para la evaluación²

- Entrevista clínica estructurada de 2 horas de duración.
- Entrevistas semiestructuradas y observación con una duración total de 10 horas.
- Observación de la interacción materno-filial en el domicilio familiar (validez ecológica). La observación engloba tareas estructuradas y tareas libres.
- Entrevista con terceros informadores.

Análisis de la documental aportada

La persona peritada y su representante legal aportan toda la documentación jurídica y clínico asistencial que consideran relevante para la realización del informe pericial psicológico. Entre la documentación presentada se encuentran los informes médicos relativos a las lesiones físicas derivadas del maltrato, informes psicológicos previos y la sentencia condenatoria del agresor (ex-pareja y padre de la menor).

Pruebas administradas

Pruebas de screening

- *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* / Inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS; Widows y Smith. Adaptación española: Ordi y Santamaría, 2009).

Pruebas clínicas

- MMPI-2. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form* / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (*MMPI-2-RF*; Tellegen y Ben-Porath, 2008; Adaptación española: Santamaría, 2009).
- PAI. *Personality Assessment Inventory*. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007; Morey, 2007; adaptación española: Ortiz- Tallo et al., 2011).

Personalidad no patológica (valores premórbidos)

- NEO-PI-R. *Revised Neo Personality Inventory*. Inventario de Personalidad NEO Revisado (Costa y McCrae, 2008; adaptación española: Cordero et al., 2008).

Pruebas específicas

- Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del trastorno de estrés postraumático (EGS-F) (Echeburúa et al., 2017).

Pruebas para la valoración de las capacidades parentales

- PEE. Perfil de Estilos Educativos (Magaz y García, 1998).
- CUIDA. Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA; Bermejo et al., 2006).

Situación actual

La persona peritada parte de una situación prolongada de maltrato psicológico y físico en el contexto de una relación anterior de 6 años de duración. Esta situación de maltrato finaliza tras un episodio de extrema violencia que termina con la peritada gravemente herida e ingresada en el hospital. Tras este episodio se toman medidas judiciales y el agresor entra en prisión (intento de homicidio).

La peritada tiene la custodia y la patria potestad de la hija nacida de esta relación (en la actualidad de 4 años) refiriendo buena adaptación de la menor al nuevo núcleo familiar constituido con su actual pareja, aunque manifestando igualmente numerosas dificultades asociadas al comportamiento de la menor, tanto en la escuela como en casa. La persona evaluada identifica este problema como un estresor de primer orden.

En el momento actual, la peritada convive en el domicilio familiar con su actual pareja, un hijo recién nacido (2 meses) y la hija anteriormente citada. La mayor parte del tiempo lo emplea en el cuidado de su hijo recién nacido, de su hija mayor y en la gestión de las responsabilidades domésticas. A pesar de que el cambio de contexto y el inicio de una nueva relación sentimental la han facilitado la reconstrucción de su tejido emocional, arrastra dificultades en el plano afectivo asociadas a patrones de reexperimentación, fluctuación anímica, tristeza, ansiedad, rumiación, hipervigilancia y retraimiento social, generándole un elevado malestar en la esfera personal. La solicitud de visitas de los abuelos paternos de su hija ha reactivado la sintomatología.

Breve recorrido psicobiográfico

La persona peritada nace a finales de los 80 en Madrid de parto eutócico. Refiere no tener hermanos y provenir de una familia desestructurada desde sus primeros años de infancia. No refiere enfermedades médicas relevantes a excepción de un cuadro de crisis de ansiedad mantenido durante 2 o 3 años, cuanto tenía 10 años, que necesitó de intervención profesional para su remisión. Manifiesta que siempre ha vivido con su madre, ya que sus padres se separaron cuando era muy pequeña. Añade igualmente que su padre tiene una discapacidad visual y su madre está diagnosticada de Trastorno Bipolar, por lo que la custodia que obtuvo su madre se hizo bajo la condición *sine qua non* de que en el domicilio familiar vivieran los abuelos. La evaluada considera a su abuela materna como principal figura afectiva y normativa.

Realiza un retrato anárquico y negativo de su infancia y preadolescencia con una elevada conflictividad familiar. La peritada describe una situación en el hogar muy supeditada a la inestabilidad propia del cuadro psiquiátrico bipolar de su madre, lo que la llevó a un patrón de mal comportamiento en el instituto, contacto con las drogas y a ingresar con 18 años en un centro de día con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Eclosión del conflicto

En el contexto anteriormente citado de desestructuración familiar y problemas en las esferas social, académica y personal conoce al padre de su hija con quien mantiene, según refiere, una dinámica tóxica desde el principio de la relación.

Manifiesta que la relación se basa en el control, las vejaciones, el aislamiento y las faltas de respeto, hasta alcanzar su cenit en agresiones físicas, coerción sexual y amenazas e intimidación continuas (*vid infra* apartado “acerca de la vivencia de maltrato y su impacto en la esfera psicológica y funcional”). La peritada refiere que durante muchos años, especialmente los primeros, no es consciente de la “anormalidad” de la situación, existiendo un patrón de normalización y minimización y una fuerte base de dependencia emocional con el padre de su hija mayor.

Igualmente, pone de relieve que la situación de maltrato se destapa a consecuencia de unas dinámicas cada vez más virulentas y frecuentes, produciéndose en sitios públicos y en presencia de terceras personas, lo que lleva a que el engranaje jurídico-asistencial se ponga en marcha a pesar de la negativa de la dicente a denunciar. La hija de la pareja, a pesar de su corta edad, presencia la situación de maltrato psicológico y físico. En numerosas ocasiones es testigo de las agresiones físicas sufridas por la madre y el patrón continuo de devaluación y vejación que sufre. Dentro de esta dinámica se produce un episodio de agresión física de extrema violencia que deriva en la hospitalización de la peritada y precipita la entrada en prisión de su ex-pareja.

Antes de que se produjera la ruptura definitiva de la relación y la entrada en prisión del padre de su hijo, la peritada refiere que estuvo circulando por varios recursos y centros para intentar tratarse y salir adelante, recibiendo tratamiento psicológico durante 6 meses. Este periodo de fluctuación (idas y venidas en la relación) se caracteriza por una dinámica de amenazas de muerte hacia ella y su hija que dificultan la ruptura de la díada, ya que, según refiere la peritada, se encuentra en una situación de miedo paralizante, en el contexto de un grupo primario desintegrado y sin recursos.

Una vez que se produce la ruptura, vuelve a vivir con su madre, pero debido a la dificultad de la situación (inestabilidad fruto del trastorno bipolar), se va a vivir sola. Durante esta transición refiere una sintomatología ansioso-depresiva florida, miedo continuo, hiperalerta, ideas de persecución (“voy a enviarte un sicario”), pesadillas, reexperimentación en forma de *flashbacks*, suspicacia, fallos de memoria, labilidad emocional, impulsividad, sentimientos de vacío e ideación suicida intermitente no estructurada y asociada a intensos estados de malestar emocional.

Desde hace 2 años mantiene una relación sentimental con su actual pareja, con quien tiene un hijo de 2 meses. La peritada refiere que su actual pareja es un punto de apoyo que le ayuda a estabilizarse emocionalmente y a recobrar cierta funcionalidad (anteriormente no salía de casa). A pesar de esto, manifiesta una cristalización de miedos e inseguridades que limitan su calidad de vida y afectan a su esfera afectiva, vivencia emocional y proyección futura.

Análisis funcional de la conducta problema

El análisis funcional idiográfico (ver figura 1) busca comprender el comportamiento a través del análisis de las relaciones entre las variables funcionales más importantes, ya sean correlacionales o causales, controlables o modificables (Haynes y O'Brien, 1990). En el presente caso partimos de una situación de victimización en el contexto relacional. La sintomatología de la peritada es principalmente emocional. En este sentido, presenta rasgos límites, por lo que existe un factor de vulnerabilidad acusado relacionado con la regulación emocional, y la vivencia emocional aversiva. La reanudación del proceso judicial a consecuencia de la petición de visitas de los abuelos paternos ha reactivado la sintomatología postraumática. Esto genera una elevada conflictividad y una desregulación acusada que llevan a la peritada a evitar cualquier tema relacionado con el proceso judicial, a aislarse y mantener choques con su pareja.

Entre los factores de riesgo pretraumáticos destacan la ansiedad, problemas de externalización durante la infancia, familia disfuncional, TLP y bajo apoyo social. En el plano peritraumático, son factores de riesgo relevantes el haber recibido violencia física y psicológica de su pareja durante años y la experimentación de episodios de violencia física de alta intensidad.

Exploración psicopatológica

Durante la exploración, la peritada se muestra colaboradora, estableciendo buen *rapport* con el evaluador. Se encuentra bien orientada en espacio y tiempo, con un nivel adecuado de conciencia y sin alteraciones atencionales. Tampoco se evidencian alteraciones en la memoria, en la percepción o en imágenes mentales.

El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado a su nivel educativo. No hay alteración del contenido ni curso del pensamiento. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. En cuanto a la abstracción, es adecuada, ya que presenta expectativas de futuro realistas, siendo consciente de las dificultades por las que aún debe atravesar.

En el plano afectivo experimenta una vivencia emocional negativa muy acusada (propia de este tipo de procesos). Experimenta revictimización (victimización secundaria) y profundos sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa, miedo al abandono e indefensión. Los puntos de mayor emotividad están anclados en los problemas de comportamiento de su hija mayor y en el relato circunscrito a las agresiones y la dinámica de maltrato continuado, generándose un desborde emocional espontáneo y genuino en forma de llanto que la propia evaluada regula. Su discurso es coherente y su reactividad emocional congruente, presentando en términos generales un tono bajo. En ocasiones le cuesta seguir el hilo argumental de su historia al existir fallos mnésicos.

Presenta dificultades somáticas intermitentes reactivas a episodios de estrés relacionados con el proceso legal o su situación vital. Se detectan en su discursos sesgos y esquemas cognitivos de devaluación y autopunición e ideación suicida no estructurada y condicionada a episodios de desregulación emocional. Estos episodios también afectan al plano conductual a través de

comportamientos desproporcionados e impulsivos (baja tolerancia a la frustración, interpretación autorreferencial y hostil).

Su día a día se centra en el cuidado de sus hijos, viéndose actualmente afectada por la situación relativa a la solicitud de visitas de los abuelos paternos de su hija mayor, reactivándose esquemas de miedo, persecución y suspicacia. No presenta una red social de apoyos extensa. Su principal apoyo es su actual pareja con quien mantiene una buena relación a pesar de que, en ocasiones, la desregulación emocional crea tensiones en el nuevo núcleo familiar constituido. Refiere problemas de sueño (pesadillas). No verbaliza hábitos tóxicos. Como antecedentes psicológicos-psiquiátricos refiere diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (aporta documentación) a los 18 años y madre con Trastorno Bipolar.

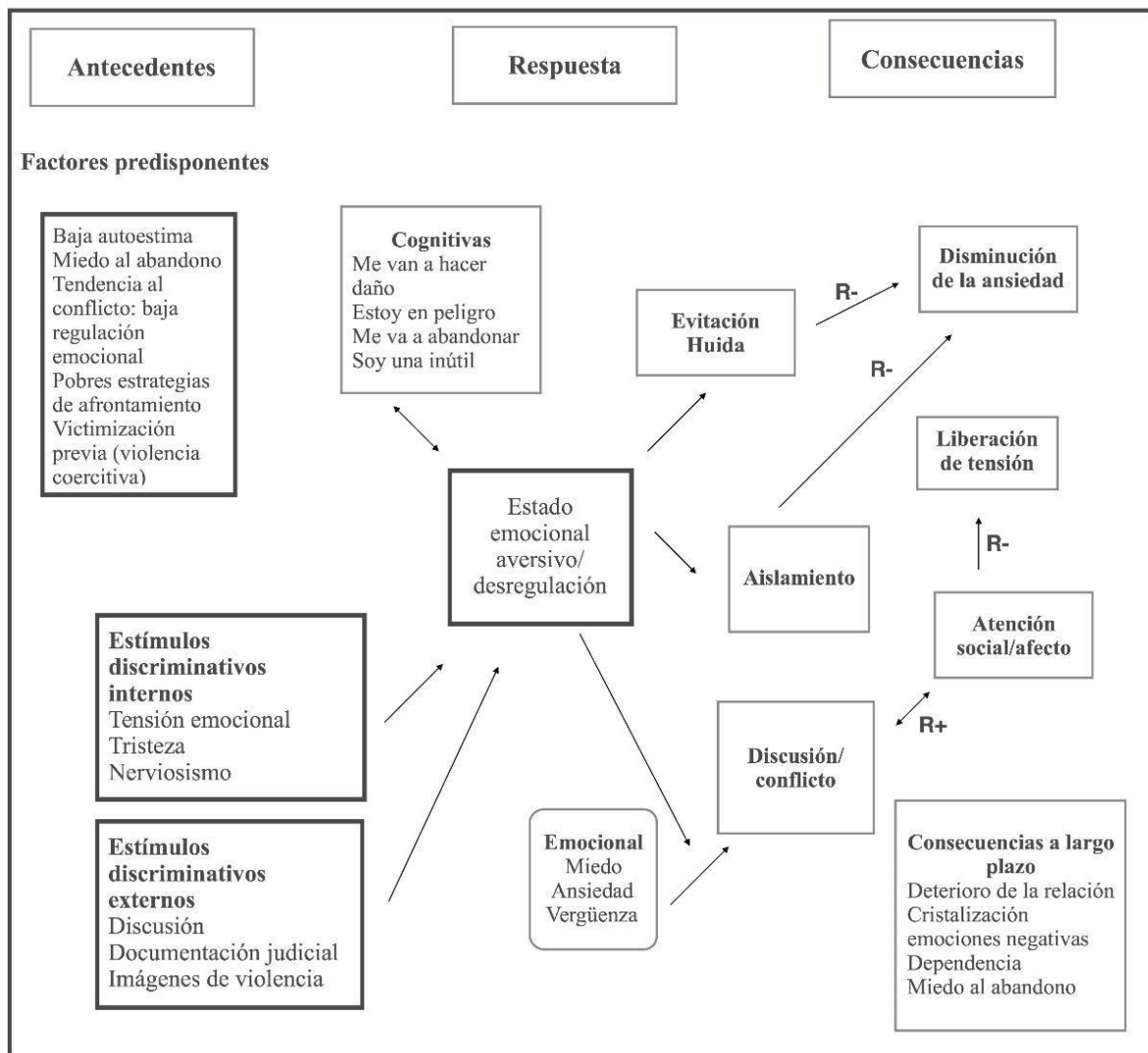


Figura 1. Análisis funcional idiográfico

Resultados de las pruebas administradas³

Pruebas de screening

- SIMS. Inventario estructurado de simulación de síntomas. (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*). Michelle R. Widows y Glenn P. Smith. Adaptación española: Héctor González Ordí y Pablo Santamaría Fernández. TEA, 2009.

No hay indicadores de simulación, ni en la escala total ni en ninguna de las subescalas.

Pruebas clínicas

- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form* / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF; Tellegen y Ben-Porath, 2008; Adaptación española: Santamaría, 2009).

En términos generales no se detectan indicadores de exageración ni minimización de síntomas. El perfil resulta interpretable. No existen indicadores de distorsión o manipulación. El estudio de las Dimensiones Globales arroja valores promedio en Alteración del pensamiento (THD, T=63) y Alteración del comportamiento o externalización (BXD, T=64). Destaca la puntuación obtenida en Alteración emocional o internalización (EID, T=71), lo que pone de relieve un malestar emocional significativo.

Dentro de las Escalas Clínicas Reestructuradas destacan las puntuaciones obtenidas en Desmoralización (RCd=71), Escasez de emocionales positivas (RC2=88), Conducta antisocial (RC4=75) e Ideas persecutorias (RC6=74). Estas puntuaciones dibujan a una mujer desbordada que experimenta un nivel significativo de confusión emocional, infelicidad e insatisfacción. Esto correlaciona positivamente con síntomas depresivos y de ansiedad, baja autoestima, mal manejo del estrés y elevada inseguridad y desesperanza. Presenta un patrón de suspicacia que no llega al umbral paranoide desde el punto de vista clínico, pero que sí despunta en población comunitaria. La existencia de ideas persecutorias está asociada a la existencia de un esquema anclado en la vivencia de maltrato, con frecuentes e intensos pensamientos intrusivos amenazantes en relación a su maltratador y la posibilidad de que la encuentre. Presenta una problemática asociada a la baja experimentación de emociones positivas (INTR-r: 89) que la lleva a una fragilidad emocional continua y a una experiencia subjetiva de sufrimiento.

- PAI (*Personality Assessment Inventory*). Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007; adaptación española: Ortiz- Tallo et al., 2011).

El análisis de las escalas de validez señala que la prueba es interpretable (ver figura 2). Tan solo se aprecia una ligera inconsistencia compatible con la existencia de problemas de concentración y dificultades para fijar la atención. El estudio de las escalas clínicas y relacionadas con el tratamiento arrojan valores significativos en: Ansiedad (71), Depresión (84), Paranoia (76), Esquizofrenia (76), Rasgos límites (78), Agresión (81), Ideaciones suicidas (96) y Estrés (74).

Los evaluados con puntuaciones elevadas en ansiedad están en tensión la mayor parte del tiempo. Pueden ser percibidas como personas impresionables, nerviosas, tímidas y dependientes. Especialmente relevante es la puntuación obtenida en la subescala relacionada con el estrés postraumático (TRA-E:79). Estas puntuaciones ponen de relieve la existencia de un sufrimiento emocional asociado a un suceso interpretado como fuertemente traumatizante, generando un impacto en el individuo que menoscaba su bienestar psicológico a través de la vivencia de sentimientos de tristeza, angustia, incertidumbre, nerviosismo e indefensión.

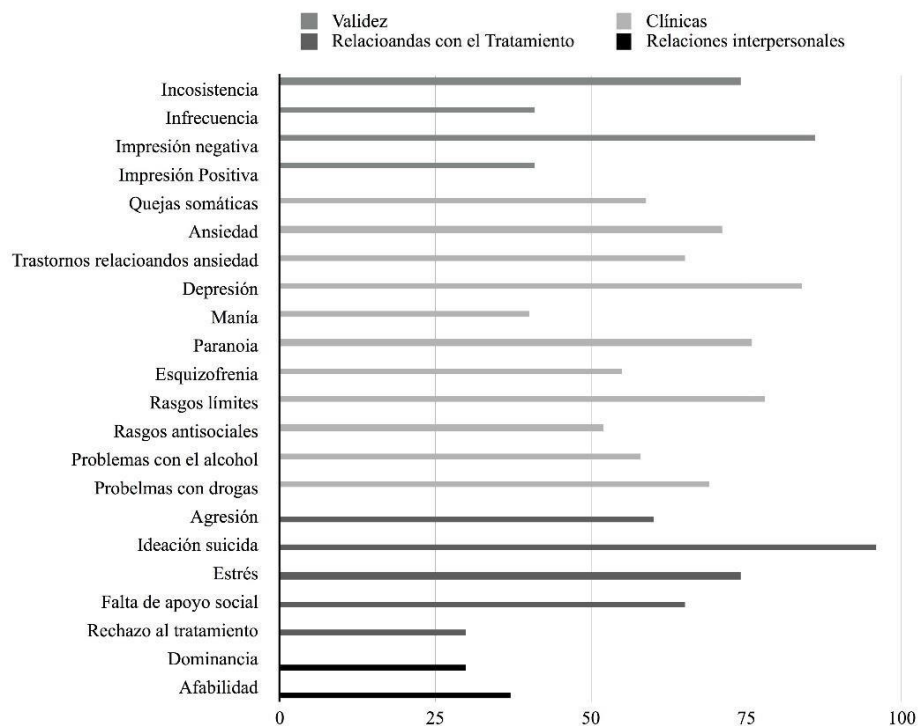


Figura 2. Puntuaciones T obtenidas por la peritada (PAI)

Nota: (escala típica con media 50 y DT=10) del PAI

Pruebas para la evaluación de la personalidad no patológica

- *Revised Neo Personality Inventory* / Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 2008; adaptación española: Cordero et al., 2008).

El perfil es interpretable (ver figura 3). El estudio de los Factores Generales arroja datos significativos en Neuroticismo (T=69) y Responsabilidad (T=27) retratando en términos generales a un individuo con un elevado malestar emocional, baja autoestima y tendencia general a experimentar sentimientos negativos como vergüenza, culpabilidad o tristeza. Igualmente, puede tener ideas irracionales y experimentar dificultades para enfrentarse al estrés. Las puntuaciones significativas en el factor responsabilidad ponen de relieve una autopercepción de elevada devaluación y falta de confianza, retratándose a sí misma como poco competente. La peritada tiene una visión negativa de su recorrido académico y laboral, lo que potencia su baja percepción de valía y aptitudes para lograr objetivos y retos. Las bajas puntuaciones en las facetas amabilidad y extroversión son compatibles con un paulatino retraimiento social desde la vivencia del maltrato continuado.

Nos encontramos ante una persona con tendencia a sentirse inferior, viéndose incapaz de afrontar el estrés a consecuencia de su devaluación personal, pudiendo adquirir una postura de dependencia y desesperanza. En el contexto de esta elevada experimentación de emociones negativas existe una dificultad a la hora de controlar los impulsos y arrebatos en situaciones de elevada tensión.

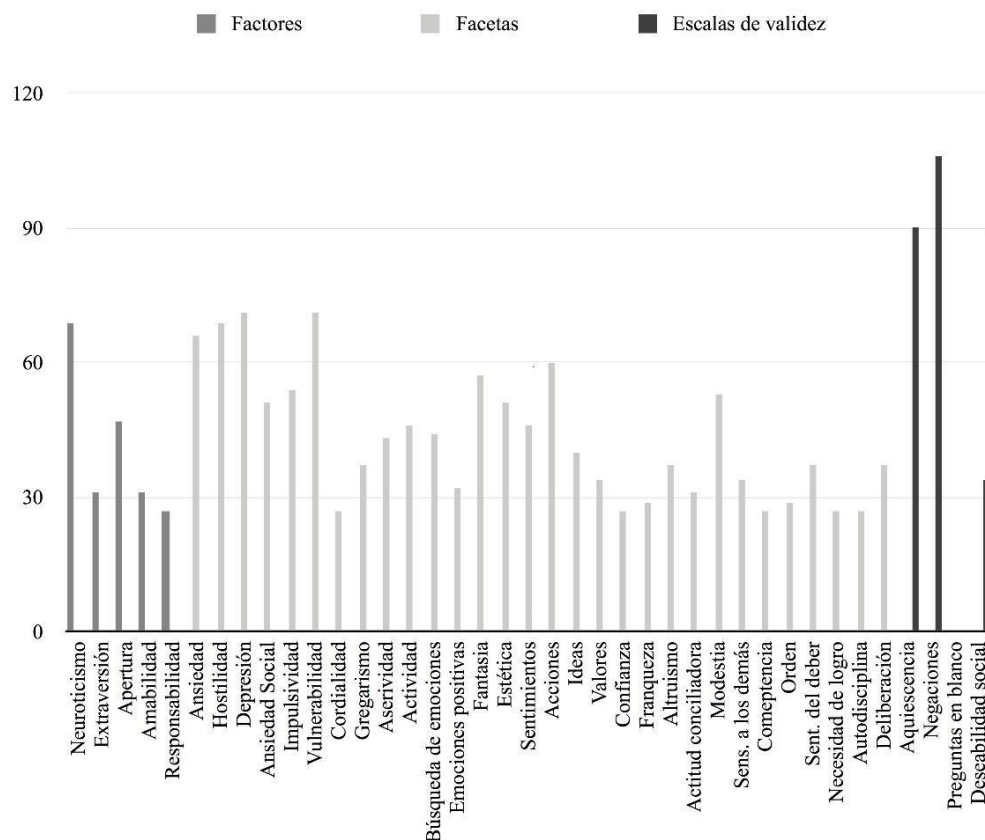


Figura 3. Valores premórbidos del NEO-PI-R

Nota: T (media 50 y DT=10)

Pruebas específicas

- Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del trastorno de estrés postraumático (EGS-F) (Echeburúa et al., 2017).

La puntuación obtenida por la peritada es de 40 (>20). No se detecta simulación y la disfuncionalidad es moderada. Las escalas de intrusión, evitación y alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo puntúan alto.

Pruebas para la valoración de capacidades parentales

- Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA; Bermejo et al., 2006).

El estudio de las escalas primarias arroja datos promedios en casi todas las facetas, obteniendo puntuaciones óptimas en altruismo, apertura, asertividad, capacidad para resolver problemas, flexibilidad, independencia, flexibilidad y reflexividad.

Destacan como puntos fuertes la apertura (7), empatía (7) y cuidado afectivo (8) y cuidado responsable (8) retratando a una madre con buena capacidad para reconocer, comprender y aceptar los sentimientos ajenos. Como puntos débiles destaca una baja autoestima (2), un bajo equilibrio emocional (3) y bajas puntuaciones en sociabilidad (3) e independencia (3). Las puntuaciones bajas son compatibles con una situación de maltrato (según la aplicación del manual CUIDA en el ámbito jurídico).

- Perfil de Estilos Educativos (PEE; Magaz y García-Pérez, 1998).

Los resultados obtenidos de la aplicación del PEE muestran un perfil correspondiente a un estilo educativo “Asertivo”, caracterizado por moderada puntuación en Inhibición, moderada puntuación en Punitión, alta puntuación en Aserción y baja puntuación en Sobreprotección.

Se trata del estilo educativo con un impacto más positivo en el desarrollo de los hijos, pues permite administrar normas y castigos cuando es necesario y de manera proporcionada, sin proteger en exceso. Desde el punto de vista de la clasificación de MacCoby y Martins (1983) en base al afecto y la comunicación y el control y la exigencia, el estilo educativo de la peritada se encuadra en autoritativo-recíproco, pero con niveles de control moderados.

Integración de resultados

Las entrevistas y pruebas administradas convergen en retratar a una mujer con una elevada vivencia de malestar y sufrimiento psicológico (estado de tensión permanente). La sintomatología más predominante está relacionada con tristeza, ansiedad, miedo e hiperalerta ante un peligro inminente, esquemas cognitivos de persecución, devaluación, desprotección y culpa. Los síntomas relacionados con la evitación social, la falta de sociabilidad, la hipervigilancia, la suspicacia y la visión hostil de los demás y del entorno conectan, desde el punto de vista victimológico, con una victimización continuada en el tiempo.

En casos de violencia continua de naturaleza interpersonal es habitual que exista una permeabilidad entre los rasgos premórbidos y la psicopatología presente. Desde el modelo traumatogénico, las víctimas de estresores continuados pueden experimentar una percepción de sí mismos como inútiles, culpables y vulnerables, y del mundo y los demás como hostiles, incontrolables y potencialmente dañinos.

La peritada presenta un patrón de cambios de humor y dificultad para gestionar la esfera emocional. A pesar del malestar emocional experimentado, es importante destacar que hay una relativa preservación de la esfera funcional, pudiendo existir una exacerbación de la sintomatología ante estímulos asociados a la situación de maltrato (generalización) y la vivencia de un miedo intenso a que la ocurra algo, tanto a ella como a su hija. La relativa preservación de la funcionalidad está supeditada a los apoyos prestados, la seguridad de su pareja y un día a día centrado en el cuidado de su hija y su recién nacido. Aunque en el aspecto social y laboral la peritada todavía presenta dificultades, en los últimos meses ha mostrado un mejor funcionamiento.

Formulación forense

La peritada parte de un entorno desestructurado e invalidante que desde temprana edad cercena los lazos afectivos, existiendo un apego inseguro y unos vínculos paterno-filiales debilitados. En este contexto se crean unos esquemas de abandono y de inseguridad a partir de la construcción del mundo

como un lugar hostil, impredecible e incontrolable. Los padres (figuras vinculares primarias) no representan referentes de seguridad y protección, lo que da como resultado un patrón dependiente-ansioso y una mala gestión de aspectos como la gratificación inmediata, la frustración y la regulación emocional, existiendo una vivencia muy intensa de las emociones que derivan en conductas externalizantes (mal comportamiento, consumo de drogas) para huir del sufrimiento emocional interno (estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción).

Las experiencias vitales tempranas con el grupo primario la llevan a una asociación de los afectos al sufrimiento y la vulnerabilidad, por lo que las figuras de apego, y más adelante quienes deben significar protección y cuidados resultan figuras ambivalentes. El sufrimiento y el amor están fusionados en el vínculo afectivo, por lo que normaliza actitudes relativas al control o la violencia física y psicológica, ya que considera que es parte de la dinámica interpersonal afectiva normal. Además, el conflicto y su resolución suponen una estimulación que conecta con la necesidad de experimentar intensamente las señales de seguridad que neutralizan sus cogniciones de abandono.

En este contexto, con 18 años, establece una relación sentimental asimétrica y basada en el desequilibrio de poder que tiene como base la dependencia y el miedo al abandono. Esta relación agrava aún más los sentimientos de vacío y desarraigo de la peritada. La dinámica relacional, de 6 años de duración, se basa en un patrón de maltrato físico y psicológico en escalada que exacerba los sentimientos de vulnerabilidad, creándose esquemas de miedo, indefensión y desesperanza, arrastrándose igualmente una elevada carga emocional fruto de la vivencia prolongada de maltrato psicológico y físico (de elevada intensidad).

Desde el primer momento, la relación se basa en el control y la dominancia. Esta dinámica es interpretada como una señal de seguridad y neutraliza el miedo al abandono. La visión ambivalente de la víctima hace que las primeras señales de violencia psicológica y física sean minimizadas (adaptación paradójica), en cierta medida, por las experiencias previas y por el esquema de autopunición (“me merezco lo que me pase, no merezco ser querida”). Los rasgos límites de la personalidad implican una dualidad entre el deseo y la desilusión. Existe una búsqueda de la idealización de la relación, y a la vez se ponen en juego cogniciones de sabotaje. Cuando la relación se desvanece, surgen fuertes sentimientos de abandono, reactivándose el patrón disfuncional. Precisamente huir de los sentimientos de abandono mantenía la relación sentimental (no denuncia a su ex-pareja, minimiza el maltrato, etc.) en una especie de dependencia hostil.

El nacimiento de su primera hija es un punto de inflexión, ya que el miedo se traslada a la idea de que le pueda pasar algo a la niña. A partir de ese momento la peritada asume un rol menos dócil y más orientado a la protección de su hija. Esta resistencia lleva a una escalada de la violencia. El evento que desencadena la sintomatología postraumática es una agresión física de elevada intensidad que lleva a la peritada a un ingreso hospitalario de gravedad.

En el momento actual, dos años después, se encuentra adaptada gracias al establecimiento de una nueva relación sentimental que alimenta (parcialmente) su necesidad de seguridad y afecto. El requerimiento de visitas de los abuelos paternos reactiva la existencia de miedos y preocupaciones relativas a su vivencia de maltrato, debido a las continuas amenazas y situaciones de peligro vital experimentadas. Esto desestabiliza el cuadro y provoca un elevado malestar emocional. La funcionalidad relativa a las competencias parentales y el cuidado de sus hijos esta preservada. La existencia de un entorno estable como fuente de seguridad compensa y permite la adaptación adecuada de la peritada a pesar de las fluctuaciones sintomatológicas (ver figura 4).

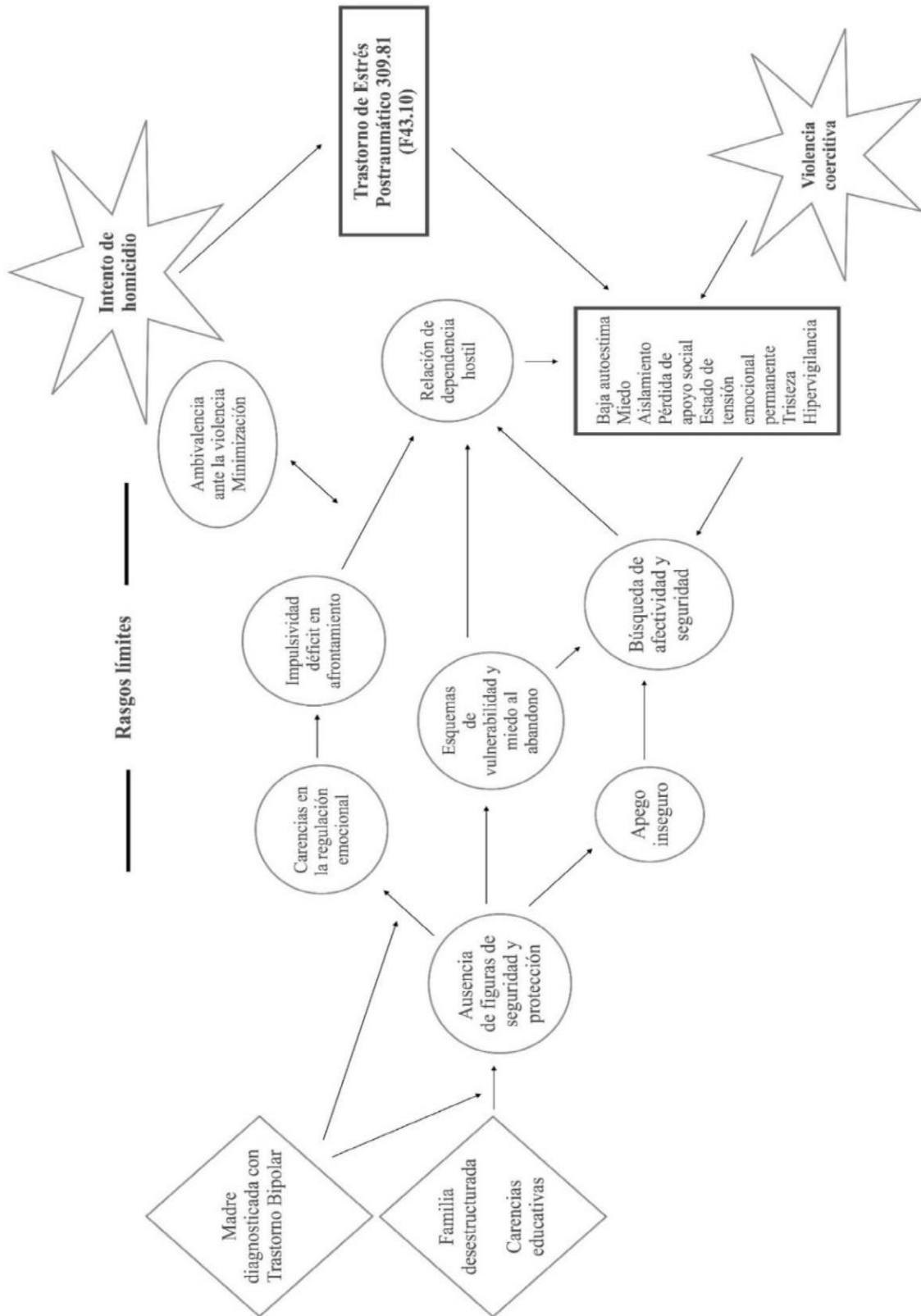


Figura 4. Modelo patológico (formulación forense gráfica)

Contraste de hipótesis

El contraste de hipótesis es realizado a partir las siguientes fuentes de información:

- Entrevistas realizadas a la persona peritada y terceros.
- Exploración psicopatológica mediante observación clínica.
- Revisión de la documentación aportada.
- Análisis funcional de los principales problemas que presenta en la actualidad.
- Estudio de los factores de vulnerabilidad y predisposición.
- Resultados de las pruebas psicodiagnósticas aplicadas.
- Datos obtenidos de la bibliografía y avances actuales en las investigaciones.

Simulación vs no simulación: Tras la evaluación realizada, el estudio de la documental y de la información de fuentes alternativas, los resultados obtenidos no resultan compatibles con un caso de simulación (o metasimulación). La metodología empleada está orientada a la valoración de esta posibilidad, debido a que nos encontramos en un caso de victimología y debemos partir de la existencia de una ganancia secundaria. Las pruebas aplicadas (PAI, MMPI 2-RF y SIMS) no presentan indicadores de simulación. De igual manera, no hay indicadores externos de la misma: no presenta síntomas atípicos ni exageración, no hay incongruencias destacables entre las distintas pruebas administradas y el curso de la sintomatología presentada se muestra coherente y ajustado a las fuentes científicas de referencia. No se aprecian incongruencias entre las fuentes de información consultadas (análisis documental y terceros informadores) y lo hallado en la evaluación.

Violencia coercitiva vs violencia situacional: Es necesario la relación de un estudio de la dinámica de pareja, para lo que se ha valorar la naturaleza, la intensidad, la frecuencia y duración de la violencia. A pesar de que en el caso presente el tipo de violencia está objetivada judicialmente y el motivo que lleva a la denuncia es un evento de elevada violencia física, es recomendable estudiar la evolución de la relación. El estresor potencialmente traumatizante analizado corresponde con un tipo de violencia denominada violencia coercitiva o terrorismo íntimo. Es posible que la dinámica de los primeros años de la relación fuera más bidireccional, es decir, un tipo de violencia situacional caracterizada por una mala gestión de los conflictos y una violencia leve y circunstancial. En el presente caso incluso ha podido existir en el pasado un patrón de control violento mutuo. Sin embargo, con el paso de los años la expresión de la violencia es cada vez más unidireccional y grave, existiendo un patrón relacional de control y sumisión. En los últimos compases de la relación, al nacer la hija en común, aumentan las respuestas de defensa de la peritada (resistencia violenta) lo que conduce a un agravamiento de la situación y una escalada de la violencia psicológica y física.

Trastorno de estrés postraumático vs trastorno adaptativo mixto: Tanto el trastorno de estrés postraumático como el trastorno adaptativo tienen en común la necesidad de un estresor externo para su aparición. En el caso presente hay tres aspectos claves a valorar, la intensidad de la sintomatología, el impacto funcional y la existencia de síntomas característicos del TEPT. En el presente caso la peritada presenta:

- Recuerdos angustiosos, recurrentes e intrusivos que conectan con una rumiación depresiva.
- Pesadillas sobre la temática traumática. Las pesadillas han aumentado desde que los abuelos paternos (padres de su ex-pareja) solicitaron un régimen de visitas con la menor.
- Reexperimentación (*flashbacks*) y elevada activación (*arousal*).
- Síntomas de retraimiento y evitación.
- Episodios de desregulación emocional asociados al trauma y miedo paralizante (en la actualidad en remisión)
- Lagunas amnésicas asociadas a los episodios de violencia física.

- Esquemas cognitivos de devaluación e indefensión.
- Creencias de vulnerabilidad y desprotección relacionadas con una percepción del mundo como un lugar incontrolable, impredecible y hostil.
- La pérdida de funcionalidad esta especialmente marcada en la esfera social y laboral.

Esta sintomatología es característica de víctimas con estrés postraumático, especialmente cuando el agente estresante es interpersonal, intencional y con el que hay una relación afectiva. La gravedad de los síntomas es suficiente para validar la hipótesis del trastorno de estrés postraumático (diagnóstico ajustado al DSM-5). En la actualidad, la funcionalidad esta moderadamente preservada. A este hecho contribuye el apoyo de su pareja, el tratamiento que ha recibido y el nacimiento de su segundo hijo. La intensificación de los síntomas se asocia a una mayor presencia de los recuerdos del trauma original en base al requerimiento judicial de los abuelos paternos de la menor.

Discusión forense

Acerca de la vivencia de maltrato y su impacto en la esfera psicológica y funcional

La violencia de género es un fenómeno multicausal. Las víctimas de violencia de género además de enfrentarse a la victimización propia del maltrato han de enfrentarse a la desestructuración de su red social y en ocasiones familiar (Mawby y Walklate, 1994). El TEPT tiene la peculiaridad del partir del factor etiológico para su diagnóstico. Este aspecto es de especial relevancia en el contexto forense, donde nuestra labor implica, además de la determinación del daño psíquico y el estresor potencialmente traumatizante, establecer el nexo causal (Echeburúa et al., 2017).

En el caso presente, el estudio de la documental y las entrevistas con la peritada perfilan un tipo de violencia compatible con la tipología coactiva controladora. Existe un patrón de humillación y poder basado en insultos, amenazas, control y violencia física y psicológica. Desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo nos encontramos ante una dinámica de al menos 3 años de duración, con una frecuencia e intensidad creciente, en especial cuando la víctima empieza a mostrar actitudes de resistencia tras el nacimiento de la hija en común. A este tipo de defensividad se la denomina resistencia violenta y es frecuente en víctimas de violencia coactiva controladora (Johnson, 2011).

La propia violencia física crea un antecedente de miedo que termina por condicionar y bloquear las opciones de la víctima quien, por temor a una nueva agresión física, vive en un estado de continua tensión y sometimiento al agresor. La dinámica violenta, aunque parte de unas primeras fases caracterizadas por una violencia bidireccional basada en el conflicto de pareja, evoluciona hacia un patrón asimétrico en el que la víctima paulatinamente va experimentando un sentimiento de indefensión y afectación psicológica severa. Las diferentes formas de expresión de la violencia en las relaciones de pareja se dan de forma interrelacionada (Graña et al., 2018).

Fruto de la relación afectiva con el agresor, existe una marcada ambivalencia que lleva a la peritada a una minimización y normalización de parte de las conductas de violencia física y psicológica. A esto se le suma la experimentación de un miedo paralizante y el temor a que el agresor pueda dañar a la hija que tienen en común. En el caso presente, juegan un papel muy importante los factores de vulnerabilidad detectados en la estructura premórbida de la peritada. Los rasgos límites implican una falta de regulación emocional significativa, un pobre autoconcepto y autoestima, y una marcada tendencia a la dependencia emocional ante la expectativa de pérdida o abandono. La peritada carece de estrategias de afrontamiento y posee una red de apoyo social pobre durante el transcurso de la relación disfuncional. Todos estos aspectos pueden amplificar el impacto de la violencia en la víctima (Muñoz, 2013).

A pesar de los factores de vulnerabilidad señalados, es necesario señalar que estas características personales y contextuales son potenciadas dentro de la dinámica violenta en pareja. Esto implica que la vivencia de una dinámica de violencia va a potenciar aún más la dependencia emocional, eliminar el poco escaso tejido emocional para aislar y terminar de anular a la víctima. El agresor se vale de la vulnerabilidad de la víctima para perpetuar su control y posición de poder.

En el caso a estudio, además de la dinámica de violencia psicológica y física existe un episodio de violencia extrema (intento de homicidio) que desencadena la ruptura de la relación y el ingreso en prisión del agresor. La existencia una causa de tal magnitud elimina cualquier tipo concausa (vulnerabilidad contextual o personal) a la hora de explicar el daño psíquico de la víctima. No obstante, los factores de vulnerabilidad si influyen en la cristalización de la sintomatología, y por lo tanto si dificultan la recuperación de la víctima (ralentiza la remisión a pesar del tiempo y la intervención profesional).

El patrón sintomatológico descrito: reexperimentación intrusiva, elevada activación fisiológica (*arousal*) ante estímulos relacionados con la situación victimizante, sentimientos de culpabilidad e indefensión, ideación suicida, alteraciones psicósomáticas, pérdida de autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y visión hostil del mundo y los demás, se ajusta a la categoría diagnóstica TEPT según criterios DSM-5 (APA, 2014) y a lo recogido en la literatura científica especializada en victimología y trauma (Echeburúa y Corral, 1998; Golding, 1999; Labrador et al., 2004; López-Soler, 2008; Novo et al., 2016).

Al igual que hemos hablado de factores de vulnerabilidad para explicar el mantenimiento de la sintomatología en el tiempo, los factores protección también juegan un papel relevante en la explicación de la lesión psíquica (Carroble y Benevides, 2009; Vázquez et al., 2009). La funcionalidad en el presente caso está influida por una red social de apoyos actual escasa, pero bien afianzada. La peritada recibe apoyo psicológico profesional, está implicada en un proyecto de vida y tiene un propósito claro y definido en relación al cuidado de sus hijos. A pesar de que la adaptación aún está limitada en esferas como la laboral y la social, mantiene un correcto funcionamiento familiar y una evolución lenta pero positiva. La exacerbación de los últimos meses de la sintomatología traumática, en especial los síntomas somáticos, la reexperimentación intrusiva y los sentimientos de miedo y vulnerabilidad, tienen su origen en la reclamación de los abuelos en relación a las visitas con la menor. Esto ha supuesto de nuevo una activación de los esquemas traumáticos, ya que la exposición a estímulos asociados puede afectar en la recuperación de la víctima (APA, 2014).

Acerca de la posible interferencia de la psicopatología en la capacidad parental

La exposición a situaciones de violencia coercitiva tiene un gran impacto en la esfera psicológica de las víctimas. Cuando además hay menores involucrados, no solo debemos valorar el impacto de la violencia en los menores sino también los efectos de la violencia en el ejercicio de las funciones parentales de los progenitores. Esto conlleva valorar tanto los posibles desajustes del agresor, como las consecuencias de la violencia del progenitor víctima y su impacto en las capacidades parentales (Muñoz y del Campo, 2015).

En el caso presente, no se han detectado carencias funcionales significativas en la esfera familiar. La integración de la información de las entrevistas, las pruebas administradas, entrevistas con terceros y análisis documental (incluyendo informes del colegio de la menor) convergen en un perfil parental adecuado para el cuidado de la menor.

Como puntos fuertes, en la actualidad la peritada tiene una red social de apoyos más estable. Su pareja es una figura de apoyo y además tiene buena relación con la menor. Sin duda, el apoyo instrumental y afectivo de su pareja ha sido un factor de protección que ha facilitado el progreso funcional de los últimos años. Las prácticas de crianza son adecuadas, existiendo un adecuado equilibrio

entre límites normativos, comunicación y afecto. La peritada es consciente de las necesidades afectivas de su hija y posee las capacidades para potenciar el desarrollo emocional, social e intelectual de la menor. Igualmente, presenta un plan de parentalidad realista en términos económicos, de disponibilidad y recursos para atender las necesidades de los menores.

En cuanto a los puntos débiles, la persona peritada presenta un moderado ajuste personal y carencias en las estrategias de afrontamiento para la gestión de estresores vitales, es decir, es vulnerable a ciertos estresores, lo que puede implicar una desestabilización emocional. En este sentido la figura de su pareja y la red de apoyos sociales ocupan un papel vital en la contención y el soporte emocional. Con el objetivo de procurar estabilidad y los mejores cuidados para el menor es necesario que la peritada continúe en tratamiento y que haya un control y seguimiento de su evolución.

Conclusiones

PRIMERA: Actualmente la peritada presenta un Trastorno de Estrés Postraumático 309.81 (F43.10) (*DSM-5*; APA, 2014). Entre la constelación de síntomas predominantes destacan reexperimentación, hipervigilancia, dificultad de concentración, indefensión, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, bloqueo de estrategias de resolución de problemas, pérdida de seguridad, pérdida de confianza en sí misma, minimización, desconfianza ante los demás y visión negativa del mundo.

SEGUNDA: En cuanto a la personalidad, la peritada presenta una estructura de personalidad con rasgos límites. Estas características de personalidad son un factor de vulnerabilidad y se caracterizan por una elevada impulsividad, déficits en la regulación emocional, dependencia afectiva asociada al miedo al abandono y el rechazo, labilidad emocional y carencias en el afrontamiento del estrés y los conflictos. En el caso presente estos factores de vulnerabilidad modulan la cristalización de la sintomatología y pueden dificultar la recuperación de la lesión psíquica.

TERCERA: En cuanto a la determinación del tipo de violencia experimentada en la dinámica relacional (estresor traumático) la información recogida perfila una dinámica de violencia coactiva controladora caracterizada por humillaciones, insultos y amenazas continuas durante al menos 3 años. Esta dinámica ha ido en escala creciente, existiendo varios episodios de violencia física. No obstante, el evento que desencadena la entrada en prisión de la ex-pareja de la peritada, y por tanto la ruptura de la relación, es una paliza que implica el ingreso hospitalario de la víctima. Este evento desencadena la respuesta emocional traumática de la víctima.

CUARTA: Por ello, a pesar de que existen factores de vulnerabilidad en la peritada, la existencia de un estresor de naturaleza tan violenta e intensidad tan elevada elimina cualquier concausa que pudiera influir en la aparición de la lesión psíquica. La violencia física ejercida es causa directa de la sintomatología traumática evaluada.

QUINTA: La funcionalidad relativa a las competencias parentales y el cuidado de sus hijos esta preservada. En este sentido presenta unas adecuadas capacidades parentales y no se aprecian carencias en las pautas de crianza. El plan de parentalidad es realista y positivo para la menor.

SEXTA: Se recomienda que la peritada siga en tratamiento psicológico y psiquiátrico para abordar tanto la sintomatología asociada a la vivencia traumática, como las dificultades asociadas a la personalidad premórbida. Se recomienda un control terapéutico mediante informes de seguimiento de evolución.

En cuanto cumple informar

En Madrid, a 28 de junio de 2019

Notas

¹ Los datos personales y datos íntimos de la persona peritada han sido modificados para imposibilitar su identificación. A nivel descriptivo tan solo se ha expuesto en el presente artículo la información relevante y necesaria

para la comprensión del caso. El informe pericial se ha simplificado y adaptado al formato artículo para facilitar su comprensión.

² Por una cuestión de espacio en el presente artículo se centrará exclusivamente en los aspectos psicopatológicos y repercusiones forenses del progenitor.

³ El apartado *-Resultados de las pruebas administradas-* refleja de manera resumida los resultados numéricos y principales conclusiones interpretativas de las pruebas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Madrid, España: Panamericana.
- Arias, I. y Ikeda, R. M. (2008). Etiología y vigilancia de la violencia de pareja. En J. R. Lutzker (Ed.), *Prevención de violencia. Investigación y estrategias de intervención basadas en la evidencia* (pp. 165–184). México: Manual Moderno.
- Balducci, C., Fraccaroli, F. y Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: An integrated model. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(5), 499-513.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275.
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., ... & de Castro, F. V. (2006). *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. TEA Ediciones S.A
- Boira, S., Carbajosa, P. y Lila, M. (2014). Principales Retos en el Tratamiento Grupal de los Hombres Condenados por un Delito de Violencia de Género Main Challenges in Group Treatment for Men Convicted of a Crime of Gender Violence. *Clínica*, 5(1), 3-15.
- Cantón, J. (2013). Desarrollo socioafectivo de las víctimas de violencia de pareja e intervención. En J. Cantón, M^a. R. Cortés, M^a D. Justicia y D. Cantón: *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la disarmonía familiar al desarrollo de los hijos* (pp. 71-89). Madrid: Pirámide.
- Carrobes, J. A. y Benevides, A. M. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Pirámide
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-r Manual. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Cortés, M. R., Cantón, D. y Cantón, J. (2013). Niños y adolescentes expuestos a la violencia de pareja. En J. Cantón, M. R. Cortés, M. D. Justicia y D. Cantón: *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la disarmonía familiar al desarrollo de los hijos* (pp. 91-116). Madrid: Pirámide.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2, 179-198.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Muñoz, J. M. (2017). Límites entre la violencia psicológica y la relación de pareja meramente disfuncional: implicaciones psicológicas y forenses. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 33(1), 18-25.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y De Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit Eds.), *Manual de Victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.

- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de psicología jurídica*, 27(1), 67-77.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de psicología jurídica*, 27(1), 67-77.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. (2014). Gender violence as a social problem in Spain: Attitudes and acceptability. *Sex roles*, 70(11-12), 506-521.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-132.
- González, H., Santamaria, P. y Capilla, P. (2012): La simulación como estilo de respuesta. En H. González, P. Santamaria y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- Graña, J. L., Dujó, V. y Horcajo-Gil, P. J. (2018). Violencia sexual en parejas jóvenes. En J. González-Fernández (Cord.). *Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual* (pp.163-188). Barcelona, España: Bosh Editor.
- Graña, J. L., Redondo, N., Muñoz-Rivas, M. J. y Cuenca, M. L. (2017). Short-term treatment response, attrition and recidivism in a partner violent men typology compared with a control group. *Psicología Conductual*, 25(3), 465-482.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas: Los mecanismos de la violencia de pareja*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 289-296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.006>
- Kunst, M. J. J. y Winkel, F. W. (2015). PTSD symptom reporting and persistent malingering in recipients of state compensation for violent crime victimization: an exploratory study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(3), 309-324.
- Labrador, F. J., Paz, P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- 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.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent – child interaction. En P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*, 4. *Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-102). New York: Wiley.
- Magaz, A. y García-Pérez, E. M. (1998). *PEE, Perfil de Estilos Educativos*. Madrid, Bilbao, Santander, Iberoamerica: Grupo Albor-Cohs.
- Matud, P., Fortes, D. y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207.
- Mawby, R. y Walklate, S. (1994). *Critical victimology: International perspectives*. Sage.
- McLaughlin, J., O'carroll, R. E. y O'connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clinical psychology review*, 32(8), 677-689.
- Morey, L. C. (2007). *Personality assessment inventory (PAI)*. Psychological Assessment Resources. Florida (EE. UU.).

- 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. <https://doi.org/10.5093/aj2013a10>
- Muñoz, J. M. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2-12.
- Muñoz, J. M., y del Campo, M. (2015). La evaluación pericial psicológica de idoneidad de custodia y régimen de visitas en los procedimientos de violencia de género en el contexto legal español. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 15(1), 131-154.
- Novo, M., Herbón, J. y Amado, B. G. (2016). Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 7(2), 89-97.
- Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. TEA Ediciones, Madrid.
- Ramírez, M. (2003). *Cuando los padres se separan: alternativas de custodia para los hijos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramírez, M. (2004). Psicopatología y derecho de familia. Trastorno mental y alternativas de custodia. El síndrome de alienación parental (SAP). *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 4, 147-154.
- Rodríguez-Carballeira, Á., Almendros, C., Escartín, J. E., Purrúa, C., Martín-Peña, J., (...) Carrobles, J. A. I. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 36(3), 299-314.
- Santamaría, P. (2009). *MMPI-2-RF. Adaptación española del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. Dpto. I+D+i de TEA Ediciones.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2004). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.