



■ artículo



REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY
Online ISSN 2385-779X
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com
DOI 10.12827/RVJV.20.9 | N. 20/2025 | P. 199-226
Fecha de recepción: 14/04/2024 | Fecha de aceptación: 17/06/2025

Evaluación psicológica forense de supuesto maltrato profesor-alumno con necesidades educativas especiales

Francisco Núñez Valdivia

Psicólogo Forense en ejercicio privado en Asesoría Psicosocial.
francisconv@apsicosocial.com

Resumen

Se analizó el caso de supuesto maltrato de profesor a alumno de educación primaria con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a través de una evaluación psicológica forense con entrevistas, pruebas psicométricas y análisis documental. El objetivo fue valorar la credibilidad de los hechos relatados por el propio afectado, sus progenitores y un testigo menor de edad. También se evaluó la existencia de daño psicológico. Los resultados sugieren una alta probabilidad de los hechos a denunciar, estableciendo un nexo causal entre el supuesto maltrato profesor-alumno y la presencia de una secuela psíquica compatible con un Trastorno Negativista Desafiante (TND) y sintomatología ansioso-depresiva. El artículo enfatizó la necesidad de medidas educativas, clínicas y legales que priorizan la protección del menor y promovieron intervenciones restaurativas en contextos de vulnerabilidad.

Palabras clave

Maltrato, escuela, testimonio, evaluación forense, daño psicológico

Abstract

The case of alleged abuse by a teacher toward a primary school student diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was examined through a forensic psychological assessment involving interviews, psychometric testing, and document analysis. The aim was to assess the credibility of the events reported by the affected child, his parents, and a minor witness. The evaluation also aimed to determine the presence of psychological harm. The results suggest a high probability of the alleged incidents, establishing a causal link between the suspected teacher-student abuse and the presence of psychological sequelae consistent with Oppositional Defiant Disorder (ODD) and anxiety-depressive symptoms. The article highlights the need for educational, clinical, and legal measures that prioritize the protection of the child and promote restorative interventions in vulnerable contexts.



Key Words

Abuse, school, testimony, forensic assessment, psychological harm

1. Introducción

Toda la ciudadanía tiene derecho a la educación para desarrollar su personalidad en base a principios democráticos de convivencia, a través de derechos y deberes del alumnado que reconocen los centros educativos (art. 27 CE, 1978; Preámbulo LOMLOE, 2020). Concretamente, el alumnado con necesidades educativas especiales debe tener acceso a una educación inclusiva y equitativa con la implementación de adaptaciones curriculares y metodológicas, el acompañamiento de profesionales especializados y la provisión de recursos tecnológicos y materiales debidamente adaptados a sus condiciones (art. 74 LOMLOE, 2020).

La relación desigualitaria entre el profesorado y el alumnado está marcada por la responsabilidad de los primeros por y para los segundos. Entre las funciones de los profesores, se encuentra la contribución al desarrollo de actividades con un clima de respeto, de tolerancia, de participación y de libertad (art. 91 g LO 2/2006, 2006). Además, todas las medidas adoptadas deberán velar por el interés superior del menor, asegurando la protección integral de sus derechos y garantizando un entorno seguro y de apoyo para su desarrollo (art. 3 LOPIVI, 2021).

Según el DSM-5-TR (APA, 2023), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por limitaciones persistentes en la comunicación e interacción social con patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades durante las primeras etapas del desarrollo evolutivo. Mientras que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad en las etapas iniciales del desarrollo madurativo.

Considerando el caso estudiado de un menor con TEA y TDAH, se debe evitar cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones; realizando los ajustes razonables, entendidos como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Naciones Unidas, 2006).

La alta comorbilidad y superposición sintomática entre Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y TDAH propician diagnósticos erróneos e intervenciones inadecuadas (Weinstein et al., 2000), por lo que se requiere la inclu-



sión del trauma en la historia y la evaluación del TDAH (Aguirre et al., 2022). Varios estudios concluyen que el TDAH o el TEA son factores de riesgo para la implicación en situaciones de violencia escolar (Bacchini et al., 2008; Holmberg 2010; Holmberg y Hjern, 2008; Kowalski y Fedina 2011; Kumpulainen et al., 2001; Morales-Hidalgo et al., 2024; Shea y Wiener, 2003; Taylor et al., 2010; Unnever y Cornell, 2003; Wiener y Mak, 2009).

La violencia escolar representa un tipo de maltrato continuado y deliberado que recibe un menor por iguales en el contexto escolar, a través de comportamientos crueles con el fin de someter, amilantar, intimidar, amenazar u obtener algo mediante chantaje y que atenta contra la dignidad de niños y niñas, así como sus derechos fundamentales (Piñuel y Oñate, 2006). Sin embargo, los niños y niñas informan que los autores del acoso y la violencia escolar son profesores en un 3,74% de los casos, según el Informe Cisneros X (Oñate y Piñuel, 2007).

Suele ser habitual que orientadores, profesores y padres atribuyan la responsabilidad de lo que le ocurre al menor por sus actitudes o conductas, incurriendo en un grave error de atribución. Concretamente, la violencia escolar profesor-alumno se considera un acto delictivo de maltrato (art. 173 Código Penal, 1995) que afecta al desarrollo infantil-juvenil. De forma que un estresor delictivo puede tener consecuencias a corto y largo plazo en el funcionamiento psicológico, esfera cognitiva, rendimiento escolar, emocional y relacional (López-Soler, 2008). En estos casos, se atribuye la valoración de *niño/a difícil* para eludir la responsabilidad educativa y familiar en las actitudes y conductas del menor. Este error de atribución en casos de acoso escolar suele ser revictimizante y dificulta la intervención.

Ante la exposición a una situación de victimización criminal, el ser humano habitualmente responde con el desequilibrio de su estado mental previo (González y Manzanero, 2018), provocando inseguridad en sí mismo y los demás (Echeburúa, 2004). Aunque la huella psicopatológica a causa de los delitos, depende de variables individuales y contextuales, de la persona y de la situación de victimización (Lazarus y Flokman, 1986). El maltrato puede provocar consecuencias a largo plazo, como miedo o desconfianza en las relaciones sociales, aumentando los problemas emocionales en caso de tener TEA (Ministerio de Derechos Sociales, 2023).

Un elevado estresor en la etapa infanto-juvenil, como el que se produce en el presente caso, puede tener consecuencias cruciales para su desarrollo neurobiológico y neuropsicológico. Las víctimas de violencia durante la infancia pueden llegar a presentar alteraciones neuroanatómicas en la corteza prefrontal, materia gris, corteza orbitofrontal, sistema límbico, hipocampo, amígdala, disfunciones en la serotonina, dopamina, glutamato y tálamo (Hurtado y



Serna, 2012; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Estas modificaciones sugieren una tendencia al uso de la violencia, debido a la desregulación del control de impulsos, la dificultad de gestión emocional y razonamiento moral (Alcázar et al., 2008; Yang et al., 2010). De forma que un estresor producido por una situación de violencia puede ocasionar dificultades en funciones ejecutivas y falta de adaptación al contexto, influyendo negativamente en su calidad de vida.

Algunos estudios muestran que el alumnado con TDAH está relacionado mayoritariamente con la victimización (Shea y Wiener 2003; Taylor, et al., 2010), mientras que otras investigaciones señalan que son más propensos a agredir a otros (Kumpulainen et al., 2001) o ambas cosas, tanto a agredir como a sufrir victimización por parte de sus compañeros (Bacchini et al., 2008; Holmberg, 2010; Holmberg y Hjern, 2008; Kowalski y Fedina, 2011; Unnever y Cornell, 2003; Wiener y Mak, 2009).

El alumnado hiperactivo puede ser también víctima de violencia física y verbal como respuesta a sus agresiones, así como de exclusión social por su propio comportamiento. Del mismo modo, un alumno con déficit de atención, más asociado a ser víctima de violencia escolar, puede responder a las agresiones mediante comportamientos también violentos. De hecho, se distinguen dos tipos de víctimas en situaciones de maltrato entre estudiantes: víctimas pasivas y víctimas agresivas (Hanish y Guerra, 2004; Olweus, 2003; Unnever, 2005a).

A diferencia de las víctimas pasivas, sumisas, las víctimas agresivas reaccionan agresivamente cuando les agreden. El alumnado con déficit de atención, en ocasiones, puede participar en situaciones de violencia escolar como víctima agresiva. Se ha relacionado la participación como víctima agresiva con un bajo autocontrol (Unnever, 2005b), por lo que es posible que tener déficit de atención y además presentar síntomas de impulsividad favorezca este tipo de reacciones en situaciones de victimización.

El deterioro de la relación puede hacer que el profesorado verdaderamente emita ese tipo de conductas, pero también que el alumnado interprete ciertas conductas neutras por parte del profesorado de manera negativa (Ávarez-García et al., 2012). En conclusión, los alumnos que se esfuerzan, que prestan atención e interés por el aprendizaje, y que además obtienen buenos resultados tienen relaciones menos conflictivas y más cercanas con sus profesores (Moreno y Martínez-Arias, 2008).

La gestión del conflicto, la alfabetización emocional y comunicacional son claves para la gestión de las relaciones en casos de acoso escolar (Albertí y Pedrol, 2017). En menores con TDAH y TEA, las intervenciones efectivas son aquellas que se focalizan sobre las conductas específicas que se desea mejorar del menor y su entorno (Bauermeister, 2003).



2. Objeto

A petición de los progenitores, se emite el presente informe acerca del supuesto maltrato ejercido por un profesor hacia un niño de 9 años. Se detalla la valoración del testimonio del menor y otro testigo menor de edad (compañero de clase), así como se evalúan los daños y/o las secuelas psicológicas que puedan estar presente en el mismo.

Para dar respuesta al objetivo anterior y, de esta forma guiar la exploración forense, la evaluación psicológica irá destinada a contrastar las siguientes hipótesis.

Tabla 1. Hipótesis (Elaboración propia, 2025)

Hipótesis nula	Hipótesis alternativa
La falta de credibilidad de los testimonios sobre maltrato profesor-alumno.	La credibilidad de los testimonios sobre maltrato profesor-alumno.
La ausencia de daño psicológico en el menor causado por maltrato profesor-alumno.	La existencia de daño psicológico en el menor causado por maltrato profesor-alumno.
La simulación del daño psicológico en el menor por maltrato profesor-alumno.	La verosimilitud del daño psicológico en el menor por maltrato profesor-alumno.
La obtención de beneficios secundarios por parte del menor.	La no obtención de beneficios secundarios por parte del menor.

3. Método

Para la emisión del presente informe se realizaron múltiples métodos con distintas fuentes para aumentar la fiabilidad de las conclusiones. Se examinó la documentación aportada por los progenitores, se aplicaron pruebas psicométricas y se realizaron entrevistas forenses al solicitante y terceros informadores. La duración total de la evaluación es de 15 horas.

- Entrevistas semiestructuradas y observación del menor interesado.
- Entrevistas complementarias de otro testigo menor de edad, familiares y profesionales.
- Estudio de la documentación clínico-sanitaria, psicopedagógica y escolar.
- Por orden de aplicación, se administraron las siguientes pruebas:



- CAPALIST. Valoración de capacidades para testificar (Silva et al., 2018).
- HELPT. Modelo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (Manzanero y González, 2015).
- AVE. Acoso y Violencia Escolar (Piñuel y Oñate, 2012).
- CPQ. Cuestionario de personalidad para niños (Porter y Cattell, 2016).
- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández Pinto et al., 2015).
- PEE. Perfil de Estilos Educativos (Magaz y García, 2011).

4. Hechos relatados

El menor evaluado presenta un historial de necesidades específicas de apoyo educativo desde 2022, año en que fue diagnosticado con un trastorno de adaptación no especificado y derivado al centro de salud mental correspondiente. Ese mismo año inicia su educación primaria en el centro educativo donde continúa escolarizado. A lo largo del tiempo, se evidencia un deterioro progresivo en su conducta y rendimiento académico, con sintomatología de ansiedad, desregulación emocional, problemas de sueño y miedos específicos. En 2023, se confirma el diagnóstico de TEA y TDAH.

Durante los cursos escolares 2023 a 2025, los progenitores observan enuresis nocturna, alteración del patrón de sueño y disruptividad comportamental hacia compañeros, profesores y familiares. Paralelamente, los progenitores refieren que el menor verbaliza, de forma parcial e inconsistente, situaciones de presunto maltrato por parte de un profesor del centro escolar en momentos de ansiedad o estrés; incluyendo agresiones verbales (“me grita”), físicas (“me pegó”), humillaciones (“me insulta”, “cuando [los compañeros] se ríen de mí o me pegan, [el profesor] no hace nada”) y amenazas (“[el profesor] me ha pedido perdón muchas veces, pero siempre vuelve a pasar lo mismo”). Estos hechos también son referidos por otro alumno testigo de situaciones análogas con el menor interesado y otro alumno.

Ante estas señales de sospecha, los progenitores solicitan explicaciones al centro educativo, que reconoce fallos en la gestión del caso y propone medidas como la reducción de jornada y la exención de asistencia del menor a la asignatura del profesor implicado. Sin embargo, las alteraciones conductuales del menor persisten y se intensifican. Al consultar con el referente del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP), se constata que no se han activado los protocolos internos ante posibles casos de maltrato o acoso escolar.



En 2025, el menor relata con mayor claridad las supuestas agresiones del profesor y los padres consideran tomar medidas legales o administrativas ante la falta de respuesta institucional. Finalmente, se plantea un posible cambio de centro educativo para el curso siguiente, aunque el menor decide permanecer en su actual centro por temor a la adaptación.

Este informe tiene como objetivo valorar el posible daño psicológico derivado de la situación relatada y aportar información para orientar futuras decisiones legales o educativas por parte de los progenitores.

5. Psicobiografía

Nace el 2 de noviembre de 2015 en Madrid (España). El menor de una tríada de tres hermanos. Mantiene un fuerte vínculo con su madre y una relación adecuada con su padre y sus hermanos. Todos conviven en el domicilio familiar. Su madre trabaja como bibliotecaria a jornada parcial y su padre trabaja como autónomo. Su madre es la cuidadora principal y la figura de referencia, de forma que muestra una intensa vinculación afectiva hacia ella.

A nivel de salud, se aportan diversos informes en que se acreditan los diagnósticos de TEA y TDAH. Mantiene seguimiento periódico con psiquiatría y psicología en el centro de salud mental infantil y juvenil. Además se encuentra vinculado a la Asociación Autismo Madrid para la intervención psicoterapéutica y grupal.

A nivel social, presenta dificultades en las interacciones sociales debido a su baja tolerancia a la frustración y la falta de gestión del estrés. Además muestra dificultades para gestionar las emociones con agresividad verbal o física, especialmente ante límites o frustraciones. Su interés actual se centra en videojuegos y fútbol.

A nivel escolar, cursa la escolarización en el centro educativo actual desde 1º de Primaria hasta la actualidad, llevando a cabo una adaptación metodológica para alumnos con déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a partir de 2º de Primaria.

6. Exploración psicopatológica

Se trata de un menor de 10 años de edad con un aspecto cuidado. Se observa agitación, nerviosismo y tensión durante las primeras entrevistas. Manifiesta un buen ajuste a la realidad, con una percepción adecuada de esta y un control conservado. Se encuentra orientado autopsíquica y alopsíquicamente.



Se muestra poco colaborador, reticente y desconfiado, especialmente al abordar los hechos objeto de denuncia. Presenta una elevada dificultad para mantener la atención y la concentración, así como para recordar y expresar los hechos relatados. Se observa una actividad constante, facilidad para la distracción e impulsividad elevada, así como dificultades para seguir instrucciones y pautas (cambios constantes de estímulos, falta de atención, aburrimiento).

La expresión verbal de sus emociones es pobre, tanto a nivel mímico como gestual (alexitimia). Se aprecia una hipersensibilidad emocional, relacionada con la ausencia de herramientas de gestión emocional y de estrategias de afrontamiento del estrés (dificultades en la comunicación e interacción social). Muestra rigidez cognitiva y conductas agresivas, tanto verbales como físicas, ante situaciones de frustración, límites o estrés. También adopta una actitud desafiante frente a figuras de autoridad, con episodios de desbordamiento emocional y explosiones de ira (gritar, insultar y golpear mobiliario). Se evidencia un componente ansiógeno en su estado psicológico, manifestado en inquietud, temor y preocupación.

A pesar del adecuado ajuste a la realidad, la orientación alopsíquica se encuentra parcialmente alterada, presumiblemente, debido a sus patologías de base. Refiere alteraciones en el patrón de sueño y presenta quejas somáticas. No se observan alteraciones en la percepción o en el nivel de conciencia. Tampoco se aprecian trastornos en el curso o contenido del pensamiento, aunque sí se evidencian dificultades a nivel atencional y de memoria, tal como consta en la documentación adjunta.

Refiere una sintomatología psicorreactiva significativa, con escasez de emociones positivas, desconfianza generalizada y miedos específicos (muerte de la madre, oscuridad, pesadillas nocturnas, enuresis nocturna). Asimismo, manifiesta creencias y actitudes negativas hacia el entorno escolar, especialmente en relación con el profesor mencionado previamente. Presenta dificultades en las relaciones interpersonales, con un patrón inflexible y dominante en la gestión de situaciones personales y sociales.

7. Entrevista a un testigo

Los resultados del menor informante (testigo) muestran que el testimonio presenta varios indicadores de veracidad, sobre todo en las características generales del relato y los contenidos específicos. En particular, destacan la estructura lógica del discurso, la incardinación espacio-temporal de los hechos, la presencia de detalles concretos y la descripción de interacciones entre los involucrados, lo que sugiere una vivencia directa de los sucesos o, al menos, una exposición prolongada y significativa a los mismos.



La narrativa se muestra coherente, organizada y sin contradicciones, lo que refuerza la credibilidad del discurso. Si bien no se aprecian complicaciones inesperadas ni detalles inusuales que enriquezcan el relato desde la espontaneidad o la singularidad, sí aparecen elementos relevantes como la reproducción de conversaciones, la admisión de no recordar fechas exactas, y la expresión de emociones y juicios de valor respecto a lo observado. Estos elementos otorgan mayor autenticidad a lo relatado, ya que muestran al menor implicado emocionalmente y con una postura valorativa ante lo sucedido.

En particular, las referencias a situaciones similares de violencia hacia el menor evaluado y otros alumnos (“le cogió de la oreja y le echó [al menor evaluado], y luego tiró todas las mesas, no digo él [el menor evaluado] sino el profe”, “otro día también lo cogió de la oreja y lo levantó [el profesor al menor evaluado]”, “siempre que [el menor evaluado] se porta mal y [el profesor] lo levantaba y le retorció del brazo”, “le hace lo mismo a [otro alumno]”), y la descripción del estado mental del presunto agredido (“[el menor evaluado] a veces se pone nervioso e insulta, pero siempre pide perdón”, “[el menor evaluado] se comportaba muy bien con nosotros y así creamos ese grupo con él”, denotan una capacidad de reflexión y empatía que fortalecen la credibilidad del testimonio. También resulta destacable la falta de rigidez en la estructura del discurso, que responde con flexibilidad a las preguntas del entrevistador, sin parecer ensayado ni guiado por una intención evidente de convencer.

No obstante, se identifican algunas limitaciones, como la ausencia de correcciones espontáneas, detalles superfluos o elementos más introspectivos, que suelen añadir profundidad narrativa y autenticidad. La falta de estos aspectos no implica necesariamente falta de veracidad, pero sí puede estar relacionada con la edad del declarante, el nivel de desarrollo cognitivo o emocional, o la naturaleza de los hechos descritos.

En conclusión, el relato contiene múltiples criterios que sustentan su credibilidad narrativa, especialmente por su coherencia interna, la contextualización de los hechos y la inclusión de elementos personales y afectivos. Aunque no se presentan todos los indicadores posibles, los resultados permiten considerar el testimonio como consistente, emocionalmente implicado y potencialmente fiable, dentro de los márgenes esperables para una persona de su edad.

8. Resultados

- **CAPALIST.** Valoración de las capacidades para testificar (Silva et al., 2018).



El menor presenta capacidades cognitivas básicas conservadas en cuanto a percepción visual y auditiva, así como en la memoria autobiográfica y semántica. No obstante, se evidencian dificultades en la memoria episódica, especialmente al intentar reproducir sucesos pasados, lo cual puede afectar la coherencia y precisión de su testimonio. Asimismo, las capacidades atencionales se encuentran limitadas (menos de 5 minutos), con necesidad de cambios frecuentes y descansos, en el contexto de un diagnóstico de TDAH.

En cuanto a las capacidades cognoscitivas secundarias, se mantienen adecuadamente funciones como la orientación espacial y temporal (aunque con dificultades específicas ante eventos con carga emocional), la descripción de elementos relevantes del entorno, y el razonamiento básico. La comunicación verbal es funcional, con frases estructuradas y una buena comprensión conversacional, y se destaca una expresividad adecuada.

Desde el punto de vista socioemocional, el menor manifiesta reconocimiento de estados emocionales propios y ajenos, así como comprensión moral y capacidad de distinguir entre realidad y fantasía. Presenta, sin embargo, un estilo de interacción marcado por una alta extraversión y una actitud agresiva, con baja aquiescencia y deseabilidad social, lo que podría incidir en su forma de relatar los hechos.

Si bien el menor puede emitir un testimonio acorde a sus capacidades cognitivas, se advierte que podrían faltar elementos estructurales que refuercen la credibilidad del relato, especialmente por las dificultades en memoria episódica y atención sostenida. Por lo tanto, aunque su testimonio puede ser coherente en términos generales, podría no contar con los recursos necesarios para garantizar la veracidad de los hechos narrados.

- **HELPT.** Modelo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (Manzanero y González, 2015).

El testimonio del menor define un evento puntual de agresión del profesor hacia el menor, contextualizando los hechos en espacio y tiempo dentro de las capacidades cognoscitivas limitadas que presenta dicho menor debido a sus patologías clínicas:

- Presunto agresor: “Un profesor me pegó... Fue el [nombre del profesor] [...] Me da clase de inglés”.
- Referencia temporal: “Pasó hace poquito... tiempo. Tenía como... 8. Fue el curso anterior”.
- Hechos: “Pues me pegaba. Me decía tú ponte aquí y me cogió así [hombros]... y me estiró de los brazos. No sé... me estiraba... de la camiseta”.



- Frecuencia: “Pasó una vez... Pasó una vez”.
- Estado emocional del menor: “Estaba haciendo algo y pues me enfadé. No me gusta hablar de eso. Soy muy flojo. Soy flojo de sentimientos. ¿Sabes lo qué es? Me hace sentir malamente. Prefiero no recordar esas cosas.”
- Otros testigos: “Se lo expliqué a mis padres”.

Tabla 2. Valoración de la capacidad de testimonio (Manzanero y González, 2015)

Ámbito	Valoración
Características psicológicas	Lenguaje y conocimientos del relato de los hechos coincidentes con los utilizados al abordar los temas a denunciar. Afecto apropiado: se aprecia un correlato emocional compatible con el contenido de los hechos alegados. Susceptibilidad a la sugestión: no muestra deseabilidad social ni aquiescencia hacia el evaluador. Se han utilizado modelos de entrevistas específicos para menores con discapacidad.
Características en la entrevista	Al abordar la entrevista, se han respetado los principios de relato libre y no directividad en las preguntas. Aunque se han formulado numerosas preguntas aclaratorias en aras de comprender la sucesión de los hechos descritos.
Motivación	No se puede determinar con exactitud si realmente se producen los hechos como se relatan. Su correlato emocional y la sintomatología son acordes a los hechos estresantes, así lo reafirman las entrevistas y los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas y los informantes. Por último, no se observan beneficios secundarios o indicios de simulación.
Cuestiones de investigación	Consistencia con las leyes de la naturaleza: se afirma que los acontecimientos descritos no van en contra de las leyes de la naturaleza. Consistencia con otras declaraciones y/o evidencias: atendiendo tanto a la revisión documental como a las entrevistas y declaraciones durante el proceso, considero que hay una significativa consistencia entre los hechos a denunciar y la sintomatología descrita. Por lo tanto, se evidencia una plausible credibilidad de los hechos relatados.



Tabla 3. Evaluación de las declaraciones (Manzanero y González, 2015)

Factor	Elemento	Indicio
Análisis de los factores de influencia (evaluación del expediente).	Suceso	Presente
	Testigo	Presente
	Sistema	Presente
Evaluación de la capacidad para testificar y de los conocimientos previos.		Presente
Planteamiento de hipótesis.		Presente
Obtención de declaración	Preparación de la entrevista	Presente
	Obtención de la información	Presente
Análisis de la declaración	Características relacionadas con cómo lo cuenta	Presente
	Contenido de lo que cuenta (evidencias, contexto de eclosión, motivación o beneficio secundario)	Presente
	Confirmación de hipótesis	Presente

El testimonio del menor es parcialmente creíble ante la falta de elementos para reconstruir los hechos. Por este motivo, se tienen en cuenta otras entrevistas complementarias con otro menor testigo, sus familiares y profesionales, así como pruebas psicométricas y la documentación aportada.

- **AVE.** Acoso y Violencia Escolar (Piñuel y Oñate, 2006).

Los resultados obtenidos permiten concluir que el menor evaluado se encuentra dentro del grupo más vulnerable de la tipología establecida por el instrumento: el Grupo D – Acoso y violencia escolar con daños. Esta categorización implica no solo la existencia de acoso escolar, sino también la constatación de daños psicológicos derivados, que afectan a su bienestar emocional, su percepción del entorno escolar y su funcionamiento cotidiano.

El índice global de acoso alcanza una puntuación de 17, y el índice de intensidad se sitúa en 2, lo que confirma que el menor ha estado expuesto de forma reiterada y significativa a conductas de hostigamiento, tanto desde una valoración subjetiva como desde un criterio objetivo. Esta percepción de victimización no es esporádica ni anecdótica, sino persistente, lo que ha generado una experiencia de inseguridad sostenida en el contexto escolar.

Dentro del perfil de acoso vivenciado, sobresalen con claridad las agresiones físicas y psicológicas, alcanzando una puntuación de 5 en dicha escala, lo que indica una exposición considerable a situaciones como burlas, gritos, empujones o incluso comportamientos violentos más explícitos. Este patrón es consistente con la puntuación del Factor IV de agresiones, también en nivel elevado, lo que refuerza la existencia de una dinámica agresiva clara, directa y reiterada.



Además, el menor manifiesta síntomas ansiosos relevantes (3), los cuales se presentan como una consecuencia directa del acoso vivido. La ansiedad, en estos casos, suele expresarse a través de dificultades atencionales, nerviosismo, y problemas para mantener la concentración, lo que puede incidir directamente en su rendimiento académico y en su participación social dentro del aula. A ello se suman niveles moderados de somatización, lo que podría traducirse en molestias físicas sin causa médica aparente, y una cierta afectación en la autoimagen, con signos leves de autodesprecio y distimia, sin llegar a consolidarse como síntomas clínicos graves, pero que sí reflejan un impacto emocional acumulado.

Un elemento clave que debe considerarse en la interpretación es el número de contradicciones presentes (7). Lejos de invalidar el testimonio, este indicador sugiere una narrativa afectada por el malestar emocional. Las contradicciones pueden interpretarse como producto del estrés vivido, de la confusión natural derivada del trauma y de los esfuerzos por organizar experiencias dolorosas, más que como una señal de inveracidad. En contextos clínicos, este tipo de oscilaciones es habitual en menores que han sido expuestos a situaciones hostiles de forma continuada.

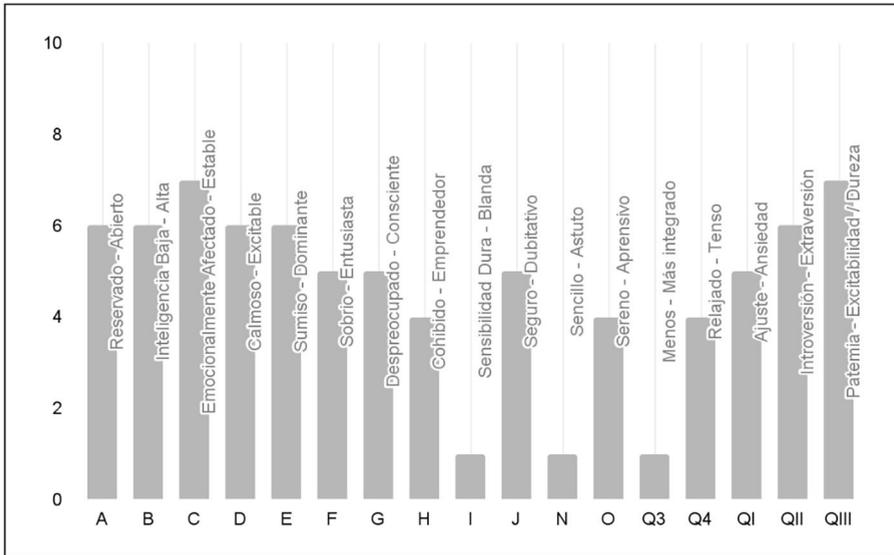
A pesar de que algunos subfactores no alcanzan niveles clínicamente significativos (amenazas, coacciones o manipulación social), esto no contradice la conclusión general. El patrón observado sugiere que el acoso sufrido ha sido principalmente directo y agresivo, más que encubierto o relacional, lo cual es coherente con el tipo de síntomas ansiosos y defensivos que presenta el menor. Asimismo, aunque la última situación de acoso tuvo lugar el año anterior, es ahora cuando el menor comienza a verbalizar y elaborar emocionalmente estos eventos, lo que representa un momento clave de apertura que debe ser acompañado profesionalmente.

En definitiva, los datos psicométricos reflejan una experiencia de acoso escolar significativa, con consecuencias psicológicas claras, y sitúan al menor en un grupo de alto riesgo ante la exposición, la intensidad y la persistencia del acoso. Si bien se observa que ha desarrollado ciertas estrategias personales de afrontamiento que mitigan parcialmente el daño, es necesario reducir cualquier exposición futura a contextos hostiles y garantizar una intervención psicológica especializada que le permita procesar lo vivido, fortalecer sus recursos personales y proteger su desarrollo evolutivo.



- **CPQ.** Cuestionario de personalidad para niños (Porter y Cattell, 2016).

Figura 1. Resultados CPQ (Porter y Cattell, 2016)



Los resultados obtenidos en esta prueba muestran rasgos de la personalidad caracterizados por extremada sensibilidad dura (I = 1), sencillez (N = 1) y poca integración (Q3 = 1). La dureza de la sensibilidad indica que se trata de un menor independiente, realista y con poca simpatía hacia las necesidades de los demás. La sencillez muestra su marcada tendencia a la franqueza, la naturalidad y la sentimentalidad. Se evidencia que está poco integrado, sugiriendo que es descuidado, autoconflictivo y centrado en sus propias necesidades.

También muestra una puntuación que muestra su tendencia de su personalidad hacia ser estable emocionalmente (C = 7), cohibido (H = 1), sereno (O = 4), relajado (Q4 = 4). Por lo tanto, suele afrontar la realidad con tranquilidad, madurez y seguridad en sí mismo. Aunque es sensible a las amenazas.

- **SENA.** Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández Pinto et al., 2015).

Las puntuaciones directas de las Escalas de Control muestran unos resultados normales, Inconsistencia (INC = 1), Impresión negativa (NEG = 1), Impresión positiva (POS = 5). En cuanto a los Índices Globales, son el Índice de problemas contextuales (CTX = 55), y el Índice de recursos personales (REC = 56) resultados significativos. Por otro lado, dentro de las escalas de problemas, distinguimos entre problemas interiorizados, que resaltan los resultados de an-



siedad social (ASC = 54), quejas somáticas (SOM = 55), problemas exteriorizados, siendo significativos los resultados de problemas de control de la ira (IRA = 54) y conducta desafiante (DES = 52), y problemas contextuales, donde son relevantes los resultados de los problemas familiares (FAM = 55) y problemas con la escuela (ESC = 57). Dentro de las escalas de recursos personales, la puntuación de la autoestima (AUT = 60), se encuentra por encima de la media.

Las puntuaciones directas de las Escalas de Control de la madre muestran unos resultados normales, Inconsistencia (INC = 0,8), Impresión negativa (NEG = 0), Impresión positiva (POS = 1). Destacan los resultados, dentro de los Índices Globales, el índice global de problemas (GLO = 51), índice de problemas conductuales (CON = 59) y el índice de recursos personales (REC = 53). En cuanto a las escalas de problemas, se dividen en problemas interiorizados, siendo significativo el resultado de la ansiedad social (ASC = 52), problemas exteriorizados, entre los que destacan la hiperactividad - impulsividad (HIP = 54), problemas de control de la ira (IRA = 60), agresión (AGR = 63). Por otro lado, resaltan los problemas de regulación emocional (REG = 53) y el aislamiento (AIS = 53), ambos dentro de las escalas de vulnerabilidades. Por último, destacan los resultados de integración y competencia social (SOC = 55) e inteligencia emocional (IEM = 59), como medidores de las escalas de recursos personales.

Las puntuaciones directas de las Escalas de Control del padre muestran unos resultados normales, Inconsistencia (INC = 0,9), Impresión negativa (NEG = 1), Impresión positiva (POS = 0). Destacan los resultados, dentro de los Índices Globales, el índice global de problemas (GLO = 63), índice de problemas emocionales (EMO = 65), índice de problemas conductuales (CON = 58) y el índice de problemas en las funciones ejecutivas (REC = 55). En cuanto a las escalas de problemas, se dividen en problemas interiorizados, siendo significativos los resultados de la depresión (DEP = 68) ansiedad (ANS = 56), ansiedad social (ASC = 56) y quejas somáticas (SOM = 64), problemas exteriorizados, entre los que destacan la hiperactividad - impulsividad (HIP = 54), problemas de control de la ira (IRA = 55), agresión (AGR = 62) y conducta desafiante (DES = 55). Por otro lado, resaltan los problemas de regulación emocional (REG = 57), rigidez (RIG = 56) y el aislamiento (AIS = 58), pertenecientes a las escalas de vulnerabilidades. Por último, destaca el resultado de inteligencia emocional (IEM = 59), como medidor de las escalas de recursos personales.

Por último, se destaca el riesgo de acoso escolar como ítem crítico transversal por los progenitores y el menor. Además hay que tener presente que ambos padres coinciden en otros riesgos significativos para la integridad del menor, como son las conductas autolesivas (exposición a agresiones de iguales e ideas de muerte) y el riesgo de agresión o daños a otras personas.



- **PEE.** Perfil de Estilos Educativos (Magaz y García, 2011).

El perfil del estilo educativo de su padre es sobreprotector ($S = 11; I = 2; P = 3; A = 10$), mientras el perfil del estilo educativo de su madre es asertivo ($S = 3; I = 2; P = 2; A = 10$). El perfil sobreprotector se caracteriza por la evasión de responsabilidades para evitar las posibles adversidades que puedan suponer en el desarrollo de los menores. La adecuación asertiva se considera la más adecuada para el aprendizaje y el desarrollo personal debido a que se crea un clima participativo, estimulante y de motivación de logro en el que se establecen los límites al comportamiento de los hijos. El peso educativo en la familia recae sobre la figura materna, la cual presenta este último estilo educativo.

9. Integración de resultados

La integración de los resultados sostiene una probable credibilidad de los testimonios que refieren el supuesto maltrato profesor-alumno, así como la verosimilitud del daño psicológico resultante. Las declaraciones del menor, su familia y un menor informante coinciden en describir episodios de agresión verbal y física, corroborados verbalmente por el centro educativo, reconociendo los hechos y promoviendo medidas de adaptación escolar. A pesar de las dificultades cognitivas y comunicativas derivadas del TDAH y TEA, diversos instrumentos clínico-forense (CAPALIST, HELPT, AVE, entre otros) y heteroinformantes avalan la coherencia, consistencia y credibilidad del testimonio.

En paralelo, la valoración psicológica multidimensional permite inferir un daño psicológico significativo, como causa directa del supuesto maltrato sufrido. Se observan síntomas como irritabilidad, desconfianza, alteraciones del sueño, enuresis, problemas de regulación emocional y deterioro del rendimiento escolar, cuya aparición posterior a los hechos relatados refuerza la sospecha de signos de violencia (Ministerio de Sanidad, 2023) y la hipótesis de una secuela psicológica. Esta afectación también se refleja en las pruebas de personalidad, que muestran rasgos de aislamiento, agresividad defensiva y dificultades en el afrontamiento emocional.

Finalmente, no se aprecian indicadores de simulación o búsqueda de beneficio secundario, ya que el menor demuestra escaso interés en vincular lo sucedido con su estado actual y presenta limitaciones para establecer dicha conexión. La interpretación clínica apunta, más bien, a una necesidad urgente de intervención terapéutica orientada a desarrollar recursos adaptativos, habilidades de gestión emocional y control de la ira. Por tanto, los datos disponibles sugieren la credibilidad del relato y la verosimilitud del daño psicológico, siendo recomendable una atención psicológica y educativa especializada.



10. Formulación forense

Los factores de riesgo presentes en relación al daño psicológico por el supuesto de maltrato profesor-alumno son, principalmente, la sintomatología derivada de los diagnósticos de TEA y de TDAH en combinación con una serie de variables moderadoras relacionadas con el centro educativo. Las principales características del diagnóstico de TEA son dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, así como un patrón restrictivo y repetitivo de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2023). La sintomatología más relevante del TDAH es el patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad (APA, 2023). Mientras que se presentan las siguientes variables causales del daño psicológico en el centro educativo: ausencia de reforzadores, castigos inconsistentes, aprendizaje de conductas disruptivas, absentismo escolar y adaptación con reducción de jornada escolar, así como la agresividad verbal y física del profesor citado.

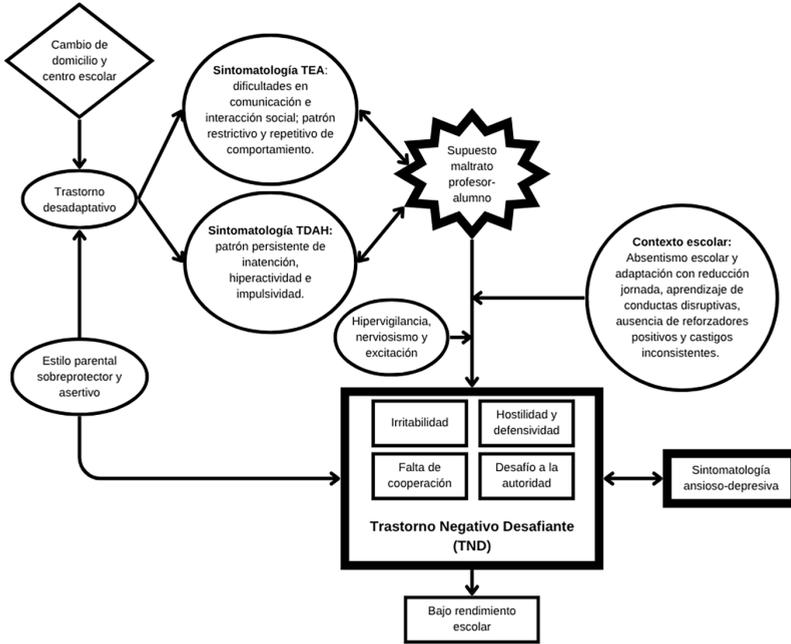
El principal desencadenante del daño psicológico, así como factor de mantenimiento del mismo, es el maltrato compuesto por las variables causales anteriormente citadas en el centro educativo. Además la hipervigilancia, el nerviosismo y la excitación se suman como factores de mantenimiento que sostienen la probabilidad de la persistencia del daño psicológico.

El estilo educativo asertivo de la madre, como principal cuidadora, se muestra como factores de protección ante el daño psicológico por el supuesto maltrato profesor-alumno. Aunque en combinación con el estilo educativo sobreprotector del padre, son una de las variables moduladoras del daño psicológico del menor.

Por último, el consecuente daño psicológico se caracteriza por el desafío a la autoridad y la falta de cooperación del menor, además de irritabilidad, hostilidad y defensividad, en especial en el entorno escolar. Dicho cuadro psicopatológico del daño psicológico cursa los criterios diagnósticos del Trastorno Negativo Desafiante (TND) concomitante con sintomatología ansioso-depresiva y bajo rendimiento escolar, estableciendo un nexo causal con la supuesta situación de maltrato profesor-alumno.



Figura 2. Formulación y diagrama analítico-funcional (Elaboración propia, 2025)



11. Discusión forense

Credibilidad de los testimonios

Recientemente, la legislación establece que el testimonio de una víctima debe tener coherencia interna y corroboraciones externas, considerando las circunstancias personales y psicofísicas del testigo pueden ocasionar vulnerabilidad emocional, contradicciones en caso de menores o lagunas en el relato de la víctima (TSJ 771/2024). En este caso, hay una coherencia interna y corroboraciones externas que hacen evidentes, al menos, dos agresiones físicas del profesor al menor en diferentes momentos. La coherencia interna se encuentra en la declaración de la víctima pese a sus limitaciones mnémicas, atencionales y comunicativas por los diagnósticos de TDAH y TEA. Esta coherencia interna va en consonancia con las declaraciones de sus progenitores y de la compañera de clase (corroboraciones externas). Los primeros, especialmente la madre, aportan diversos testimonios de las verbalizaciones del menor sobre supuestos episodios de maltrato profesor-alumno tras salir de clase.

Entre la memoria traumática y la no-traumáticas existen diferencias en la cantidad de detalles, la recuperación de la información y las emociones



implicadas (Porter y Birt, 2001); con peores e inconsistentes recuerdos en las personas más alteradas emocionalmente (Schmidt, 2004). Se suma que el menor está diagnosticado de TDAH y TEA, lo que supone una dificultad añadida en la recuperación de los recuerdos. Sin embargo, los menores suelen mostrar testimonios tan creíbles como el de los adultos, incluso con mayor credibilidad y confianza (Larsson, 2005; Manzanero, 2001). Paralelamente, desarrolla nueva sintomatología relacionada con estos episodios de acoso escolar y la falta de estrategias de afrontamiento propias para gestionarlo.

En cuanto al centro educativo, pidió disculpas por los hechos del profesor y redujo el horario escolar del menor. Se infiere un reconocimiento de los supuestos hechos relatados, aunque no se realiza la pertinente derivación para investigar estos acontecimientos y las medidas a adoptar por parte del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP).

Daño psicológico y verosimilitud

El maltrato está recogido en diversos artículos del Código Penal con referencia a conductas que causan daño o menoscaban la integridad moral, física o psíquica de la víctima, tanto de forma habitual como a través de tratos degradantes.

La latencia en la violencia escolar recibida se refiere a la demora de tiempo entre los hechos y la manifestación de la indefensión psicológica en la víctima, siendo potenciadores revictimizantes fenómenos como alteraciones emocionales, frustración en el núcleo familiar, absentismo escolar, bajo rendimiento social o disminución progresiva del apoyo social en el centro educativo (Piñuel y Oñate, 2006). Teniendo en cuenta los resultados, el menor evaluado se encuentra en la fase 4 por sus manifestaciones psicológicas y psicosomáticas graves.

En el presente caso, se supone que el profesor ha ejercido violencia física y verbal, al menos en dos ocasiones según los testimonios de la víctima y otro menor testigo, lo que contraviene los principios de protección a la infancia. La Administración debe proteger a los menores de toda forma de maltrato, tomando medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al menor de cualquier forma de abuso físico o mental (Naciones Unidas, 1989). La escuela es uno de estos entornos seguros y los niños son particularmente vulnerables, ya que dependen del ambiente escolar para su desarrollo social y emocional.

Además, cuando este supuesto maltrato proviene de un adulto que tiene una posición de autoridad, como profesor, las consecuencias son mucho más profundas y devastadoras. Según Smith (2016), el maltrato por parte de una figura de autoridad puede generar efectos psicológicos severos, tales como baja



autoestima, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. La teoría del apego de Bowlby (1988) resalta la importancia de las relaciones de confianza y seguridad en el crecimiento emocional de los niños. Un profesor que actúa violentamente contra un alumno no sólo quebranta esa relación, sino que también mina la confianza del niño hacia las instituciones escolares en general.

Los resultados obtenidos permiten observar un conjunto de síntomas compatibles con el Trastorno Negativo Desafiante (TND) descritos en la Tabla 4. Esta alteración está clasificada en la sección III del DSM-5-TR (APA, 2023) dentro de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Tabla 4. Descripción Trastorno Negativo Desafiante (APA, 2023)

Diagnóstico	Criterios
<p>F91.3 Trastorno negativo desafiante (TND)</p>	<p>A. Patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiesta por lo menos con los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfado/irritabilidad: A menudo pierde la calma; menudo está susceptible o se molesta con facilidad; y a menudo está enfadado. - Discusiones/actitud desafiante: Discute a menudo con la autoridad o con los adultos (especialmente figura masculina); a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas; a menudo molesta deliberadamente a los demás; y a menudo culpa a los demás por sus errores o mal comportamiento. - Vengativo: ha sido rencoroso por lo menos dos veces en los últimos 6 meses. <p>B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (profesorado de género masculino) y tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa y familiar.</p>

Finalmente, se concluye un cuadro clínico complejo, partiendo de condiciones del neurodesarrollo (TEA y TDAH) que limitan el funcionamiento del menor en la comunicación, la actividad, la inatención y la hiperactividad-impulsividad. El supuesto maltrato profesor-alumno desencadena y cristaliza un patrón negativo desafiante focalizado en el contexto escolar. A su vez, el estilo de crianza sobreprotector (padre) modula y mantiene dicho trastorno, mientras que el estilo asertivo (madre - cuidadora principal) revierte la sintomatología. Paralelamente, se produce sintomatología ansioso-depresiva relacionada con el propio malestar del menor.



Tabla 5. Cuadro clínico del menor (Elaboración propia, 2025)

Diagnóstico	Características
F84.0 Trastorno del Espectro Autista (TEA)	- En las primeras fases del desarrollo, deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades.
F90.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	- Patrón persistente de inatención e hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento social y académico con presencia antes de los 12 años en varios contextos.
F91.3 Trastorno negativo desafiante (TND)	- Patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativa. - Malestar individual y social en áreas social, educativa y familiar.
	- Síntomas de depresión. - Síntomas de ansiedad.

Beneficios secundarios

Tratándose de un centro educativo, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas por las lesiones que sufran los particulares recae sobre éste siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos dentro del horario lectivo, causando un daño o lesión evaluable económicamente (art. 106 CE, 1978).

Además, la responsabilidad civil regula la obligación de reparar el daño por acción u omisión del profesorado ante dolo o culpa grave, a través de la indemnización de daños y perjuicios (CCiv, 1889). Por lo tanto, las acciones negligentes de los centros educativos de las que se deriven este tipo de daños generarán responsabilidad de indemnizar por parte de los mismos, sobre los fundamentos expuestos. También, se debe valorar el daño moral, cuando exista fundamento para su indemnización.

Pese a que el menor no tenga interés en la obtención de beneficios secundarios, sino todo lo contrario considerando su elevada defensividad y hostilidad para abordar los hechos. Cabe destacar la recomendación en la reparación del daño sufrido, así como tomar medidas en relación al interés superior de los menores en el centro educativo y el estilo de crianza.

El enfoque de ventana de disciplina social (Vaandering, 2014) apuesta por valores y creencias que promuevan metodologías enfocadas de apoyo y expectativas hacia una pedagogía restaurativa frente al conflicto. De forma que se recomienda una intervención psicoeducativa en el ámbito educativo y familiar,



así como el seguimiento pedagógico y terapéutico del menor para dotar de estrategias de afrontamiento, gestión emocional y comunicativa orientadas a la reparación del daño sufrido.

En cuanto al pronóstico de la evolución del daño psicológico, se detectan un conjunto de factores de riesgo y mantenimiento que auguran una continuidad del TND y la sintomatología ansioso-depresiva hasta que remitan estos. Además, la presentación simultánea del TEA y el TDAH dificulta un pronóstico favorable. Por este motivo, se considera relevante la reparación de las lesiones psicológicas del menor para su desarrollo infanto-juvenil.

12. Conclusiones

A tenor de la exploración practicada, se puede concluir lo siguiente:

- ÚNICA: Actualmente, el menor presenta una condición del neurodesarrollo compatible con los diagnósticos de TEA y TDAH. Según el análisis de la credibilidad de los testimonios (víctima, testigo y otros informantes), se consideran probablemente creíbles al supuesto maltrato profesor-alumno entre 2023 y 2025. Los testimonios recogen dos eventos diferenciados de agresividad verbal y física (víctima y otro menor testigo) por parte del profesor hacia el menor interesado, así otros testimonios de los progenitores sobre los hechos relatados por el menor en relación a la violencia ejercida por el profesor. También se documentan las medidas internas del centro escolar, sin informar al Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de dichos sucesos. En relación a la existencia de daño psicológico, se establece el nexo causal de una secuela psicológica compatible con 91.3 Trastorno Negativo Desafiante (TND) y sintomatología ansioso-depresiva, a causa de los probables eventos de maltrato ejercidos por parte de un profesor del centro escolar en un contexto de: autoritarismo, métodos rígidos de enseñanza, uso de sanciones junto con la ausencia de reforzadores, aprendizaje de conductas disruptivas, castigos inconsistentes, absentismo y adaptación escolar con reducción de su jornada. A su vez, el estilo educativo sobreprotector (padre) incide en el mantenimiento de dicho trastorno, mientras que el estilo educativo asertivo (madre - cuidadora principal) promueve su adecuado desarrollo. El TND es un trastorno mental que cursa con un patrón de enfado, irritabilidad, discusiones y actitud desafiante y vengativa que genera un malestar en sí mismo y las personas que le rodean, produciéndose así un impacto negativo sobre sus áreas sociales, educativas y familiares. Se descarta la tendencia a la simulación y/o disi-



mulación. Su pronóstico se muestra aparentemente desfavorable a causa de la presencia de múltiples factores de riesgo y mantenimiento que dificultan la remisión del daño psicológico ocasionado. Se recomienda mantener la intervención psicoeducativa en el ámbito educativo y familiar, así como el seguimiento psicoterapéutico para dotar de estrategias de afrontamiento, gestión emocional y comunicativa orientadas a la reparación del daño sufrido. También se recomienda que se tenga en cuenta la presente evaluación psicológica pericial para la posible responsabilidad legal de los daños ocasionados.

13. Referencias

- Aguirre, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C. y Onandia-Hinchado, I. (2022). *TDAH-TEPT: la alta comorbilidad y superposición sintomática*. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 9-19.
- Albertí, M. y Pedrol, M. (2017). *El enfoque restaurativo en el ámbito educativo. Cuando innovar la escuela es humanizarla*. *Intervención Socioeducativa*, 67, 47-72.
- Alcáraz, M. A., Verdejo, A. y Bouso, J. C. (2008). *La neuropsicología forense ante el reto de la relación entre cognición y emoción en la psicopatía*. *Neurología*, 47, 607-612.
- Álvarez-García, D., Núñez, J. C., García, T., y Álvarez, L. (2012). *Hiperactividad-impulsividad y déficit de atención en la violencia escolar: víctimas y agresores*. *Revista de Psicología Educativa*, 18(2), 15-23.
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA). (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR)*. Editorial Médica Panamericana.
- Bacchini, D., Affuso, G., y Trotta, T. (2008). *Temperament, ADHD and peer relations in school children: The mediating role of peer victimization*. *Abnormal Child Psychology*, 36(3), 249-260.
- Baurmeister, J. (2003). *El TDAH tipo combinado y el TDAH con predominio de problemas de atención*. *Terremotos y Soñadores TDAH*, 5, 14-22.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Contreras, M. J., Manzanero, A. L. y Silva, E. A. (2018). *CAPALIST. Valoración de capacidades para testificar*. Dykinson.



- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Pirámide.
- España. (1889). Código Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 206. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>
- España. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 311. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- España. (1995). Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). *Boletín Oficial del Estado*, 281. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- España. (2004). Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. *Boletín Oficial del Estado*, 267, 36672-36682. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-18913>
- España. (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 106. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-7899>
- España. (2020). Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, 122868-122953. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-17264>
- España. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 134, 72241-72373. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
- España. (2024). Sentencia del Tribunal Supremo (STS) 4451/2024 (Sala de lo Penal, Sección 1ª, 13 de septiembre de 2024 (recurso 11018/2023)).
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.
- Godoy-Cervera, V. y Higuera, L. (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del psicólogo*, 26, 92-98.
- González, J. L. y Manzanero, A. L. (2018). *Obtención y valoración del testimonio. Protocolo holístico de evaluación de la prueba testifical (HELPT)*. Pirámide.



- Hanish, L. D., y Guerra, N. G. (2004). Aggressive victims, passive victims, and bullies: Developmental continuity or developmental change? *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(1), 17-38.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (2000). *Principles and Methods of Behavioral Assessment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Herrera, F y Vera L. (2021). Infiltrados(as) en la academia: capacitismo en la universidad desde la experiencia de académicos(as) con discapacidad/diversidad funcional en Chile. *Polis*, 59.
- Holmberg, K. (2010). The Association of Bullying and Health Complaints in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 62-68.
- Holmberg, K., y Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community sample. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(2), 134-138.
- Hurtado, C.A. y Serna, A.J. (2012). Neuropsicología y violencia. *Psicología Científica.com*, 14 (14).
- Kowalski, R. M., y Fedina, C. (2011). *Cyber bullying: Bullying in the digital age*. Blackwell Publishing.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., y Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 27(2), 102-110.
- Larsson, A. S. y Granhag, P.A. (2005). Interviewing children with the cognitive interview: Assessing the reliability of statements based on observed and imagined events. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(1), 49-57.
- Lazarus, R. S. y Folkman, N. R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Magaz Lago, A., y García Pérez, E. (2011). *Manual. Perfil de Estilos Educativos, PEE*. Grupo ALBOR-COHS.
- Manzanero, A. L. (2001). Procedimientos de evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de agresiones sexuales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(2), 51-71.
- Masson, O y Suárez, T. (2024). *Iatrogenesis en psiquiatría. Cuidados que hacen enfermar*. Ágora Relacional.



- Mesa-Gresa P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Neurología*, 52, 489-503.
- Ministerio de Derechos Sociales. (2023). *I Plan de Acción resultado de la Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo*. Real Patronato sobre Discapacidad. https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/I_Plan_Autismo.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia*. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf
- Morales-Hidalgo, P., Voltas, N. y Canals, J. (2024). Self-perceived bullying victimization in pre-adolescents on the autism spectrum: EPINED study. *Autism*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13623613241244875>
- Moreno, R. y Martínez-Arias, R. (2008). Adaptación española de la Escala de Relación Profesor-Alumno (STRS) de Pianta. *Psicología Educativa*, 14(1), 11-27. <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/ed-2008v14n1a2.pdf>
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Olweus, D. (2003). A profile of bullying at school. *Educational Leadership*, 60(6), 12-17.
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2006). *Acoso y Violencia Escolar*. TEA Ediciones.
- Oñate, A. y Piñuel, I. (2007). *Acoso y violencia escolar en España: Informe Cisneros X*. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo.
- Porter, R. B. y Cattell, R. B. (2016). *CPQ. Manual del Cuestionario de Personalidad para Niños*. TEA Ediciones.
- Porter, S. y Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 101-117. <https://doi.org/10.1002/acp.766>



- Schmidt, S. R. (2004). Autobiographical memories for the September 11th attacks: Reconstructive errors and emotional impairment of memory. *Memory and Cognition*, 32(3), 443-454.
- Shea, T., y Wiener, J. (2003). Social exclusion and victimization in children with ADHD: The role of social performance and self-perceptions. *Learning Disabilities*, 36(4), 326-335.
- Smith, P. K. (2016). *Bullying: Definitions and discourses of bullying*. Routledge.
- Taylor, L. A., Saylor, C. F., Twyman, K., y Macias, M. (2010). Bullying and children with developmental disabilities. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(1), 1-9.
- Vaandering, D. (2014). Relational restorative justice pedagogy: an educator professional development. *Curriculum inquiry*, 44(4), 508-530.
- Yang, Y., Raine, A. Bo Han, C., Schug, R. A., Toga, A. W. y Narr, K. L. (2010). *Reduced hippocampal and parahippocampal volumes in murderers with schizophrenia*. *Psychiatry Research*, 189, 9-13.
- Unnever, J. D. (2005). The impact of school bullying on students with disabilities. *Exceptional Children*, 71(2), 200-214.
- Unnever, J. D., y Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Interpersonal Violence*, 18(2), 129-147.
- Wiener, J., y Mak, M. (2009). Peer victimization in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Abnormal Child Psychology*, 37(4), 605-617.

