

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN PERICIAL DE LA MADUREZ PSICOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO REAL

Thalia Herrera Marín¹

*Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense
Universidad Complutense de Madrid*

RESUMEN

La legislación penal española sanciona con el delito de agresión sexual a las personas adultas que realicen actos de carácter sexual con menores de 16 años para proteger, como bien jurídico, su sano desarrollo psicosexual. Sin embargo, se establecen como condiciones excluyentes de responsabilidad penal la proximidad del adulto al menor, tanto en edad como en grado de desarrollo o madurez física y psicológica, sin llegar a determinarse el rango que se considera “próximo”. El objetivo de este artículo es, a través del peritaje de un caso real, proponer un protocolo de evaluación de la madurez psicológica en adolescentes, con la finalidad de dar respuesta a esta ambigüedad legal, y reducir las interferencias que puedan resultar nocivas para el desarrollo personal madurativo de los menores, sin menoscabar su derecho a la libertad sexual.

Palabras clave: consentimiento sexual, madurez psicológica, protocolo, menores, caso real.

ABSTRACT

Methodological Proposal for the Forensic Assessment of Psychological Maturity: A Case Study. Spanish criminal law penalizes adults who engage in sexual acts with minors under the age of 16 in order to safeguard their healthy psychosexual development. However, it establishes certain conditions that exclude criminal responsibility, including the proximity of the adult to the minor, both in terms of age, and physical and psychological maturity. Nevertheless, it does not specify the range considered as "close." The aim of this article is, through the analysis of a real case, to propose a protocol for assessing psychological maturity in adolescents to address this legal ambiguity and reduce any interference that could be detrimental to the personal and maturing development of minors, while preserving their right to sexual freedom.

Keywords: sexual consent, psychological maturity, protocol, minors, case study.

Tradicionalmente en España, así como en otros ordenamientos jurídicos, la criminalización de las conductas sexuales entre adultos y menores se vinculaba con la edad previa a la pubertad. El Código Penal de 1822, en su art. 354, estableció la edad de 12 años

¹ Correspondencia: Thalia Herrera Marín
Correo electrónico: thaliaherreraamarin@gmail.com
Fecha de recepción: agosto 2023
Fecha de aceptación: noviembre 2023

para otorgar consentimiento sexual, misma que se mantuvo hasta la reforma del art. 181 CP, operada por la LO 11/1999, que la elevó a 13 años. De cualquier forma, continuaba siendo la edad más baja de la Unión Europea, donde se veían variaciones entre los 14 (República Federal de Alemania, Portugal, Austria, Hungría) y los 18 años (Malta). En este sentido, el consentimiento guardaba más relación con la capacidad de reproducción, que con la madurez psicológica.

Con el paso del tiempo y la modernización, diferentes instituciones centraron sus esfuerzos en promover los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos, obligando a los Estados a orientar sus leyes y reformas hacia la protección de los mismos. Así, el Comité de los Derechos del Niño (2007) recomendó a España elevar la edad de consentimiento sexual para brindar una mayor protección contra los delitos de esta índole, y en atención a la misma, desde 2015 se fijó a los 16 años. Más, atendiendo a la realidad que supone el temprano inicio de la vida sexual de los adolescentes se estableció una presunción *iuris tantum*; es decir, una excepción coherente que evitara la punición indiscriminada de conductas que, siendo típicas, no ponen en peligro la indemnidad sexual de los menores. Así, en el artículo 183 quáter, se decretó la proximidad tanto en edad como en madurez como justificante, pues se entiende que siendo este el caso, se da una actividad sexual compartida, con experiencias y expectativas similares. Sin embargo, se ha dejado abierto, con importante vaguedad, el rango cronológico.

Un concepto manejado para delimitar este criterio de «proximidad» es el de “juventud”. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes abarca, bajo las expresiones “joven”, “jóvenes” y “juventud”, a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años, manteniendo el mismo margen que emplea la Organización de Naciones Unidas para definir estos conceptos. Sin embargo, en España, esta franja se extiende en su límite superior, posiblemente debido al disfrute de beneficios asociados (descuentos en transportes públicos, ofertas culturales, alojamientos, ocio, etc.). Así, el Instituto de la Juventud (INJUVE), distingue la franja comprendida entre 15 y 30 años (ambos inclusive), siendo estos márgenes demasiado amplios.

Lo anterior versa el mayor peso jurídico sobre el segundo criterio, imponiendo un análisis profundo y cuidadoso, caso a caso, de la madurez psicológica. De ahí el propósito de este trabajo: proponer un modelo de evaluación psicoforense que permita dar respuesta a dicha necesidad, con el fin de perseguir la sanción de las conductas que puedan resultar nocivas para el desarrollo personal madurativo de los menores, sin menoscabar su derecho a la libertad sexual. Para ello, se parte de la definición de los constructos que dan pie a este trabajo, y se utiliza el peritaje de un caso real, siendo posible poner a prueba el modelo sugerido (modelo de entrevista, batería de pruebas y cuestionarios, exploración psicopatológica y discusión forense).

Definición de los constructos de consentimiento sexual y madurez psicológica

El uso del término *consentimiento* tiene su origen en la Bioética, cuando el Tribunal Internacional de Nüremberg (1947), tras la Segunda Guerra Mundial, proclamó el consentimiento informado y voluntario como condición para la investigación con seres humanos, que podría ser retirado por cualquier motivo y en cualquier momento, sin sufrir perjuicio por ello. De ahí se desprendieron varias definiciones (Escriche, 1851; Garzón, 2009; Torres, 2013;) que coinciden en que dicho concepto hace referencia a un acto mediante el cual una persona, competente, que actúe libremente, y con conocimiento de causa, manifieste su acuerdo en permitir algo.

El acceso al cuerpo por parte de otra persona, ya no para fines médicos o científicos, sino con un objetivo sexual, ubica al consentimiento en el campo de la sexualidad, dentro del que se entiende como una dimensión de la expresión de autonomía, y del derecho y libertad de disponer del propio cuerpo (con quién, cómo y dónde sostener relaciones sexuales) con conocimiento y entendimiento (González, 2018), aunque su definición precisa continúa en debate. Uno de los principales choques entre los autores está centrado en el modo en que debe ser expresado el consentimiento sexual, encontrando dos modelos: “no es no”, y “sí es sí”. En el primero, basta que un individuo diga “no” para que un acto sexual se vuelva delito; mientras que el segundo propone que el consentimiento no puede limitarse a la ausencia de oposición, siendo necesario comunicarlo claramente para ser considerado tal (Beres, 2014; Miranda, 2015; Pérez, 2017).

En este sentido, el 28 de septiembre de 2014, Jerry Brown, gobernador de California, firmó la iniciativa de Ley SB 967 donde especifica que, mientras que sí significa sí, los silencios, resistencias o indecisiones significan, en todo momento, una negativa, dotando de mayor peso a este posicionamiento. Así, tras varios años de recomendaciones, activismo y anteproyectos, llega esta perspectiva a España con la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, conocida como “Ley de solo sí es sí”. Esta expone que “solo se entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona”. Aunque deja de lado la realidad de que no todas las personas tienen la misma capacidad de consentir, esto supuso la primera definición de consentimiento sexual afirmativo en España.

La definición de madurez psicológica comparte un problema similar en cuanto a la ausencia de una definición universal; aunque las posturas son significativamente menos distantes. Por ejemplo, Zacarés & Serra (1996) la posicionan como el núcleo de los “recursos personales” que se disponen para afrontar los cambios y crisis que se presentan a lo largo del desarrollo. Greenberger y colaboradores (1975) refieren que este concepto está relacionado con la “adecuación individual”, abarcando el funcionamiento independiente, el buen manejo de sí mismo, y la toma de decisiones sin que predominen sobre uno; es decir, sin que el entorno influya determinantemente sobre su voluntad. Cauffman & Steinberg (2000) profundizan en ello, agregando que un cerebro maduro es capaz de valorar adecuadamente los riesgos, beneficios y consecuencias asociadas a su conducta.

En el caso específico de los adolescentes, Morales (2014) diferencia entre tres tipos: 1) globalmente maduros, distinguidos por una elevada edad subjetiva (se sienten mayores que su edad biológica) y ausencia de problemas de conducta; 2) pseudomaduros, que aunque comparten la elevada edad subjetiva, presentan poco interés por las obligaciones, relacionando la autonomía únicamente con la libertad y la diversión y, 3) globalmente inmaduros, caracterizados por una baja edad subjetiva y escasa probabilidad de presentar problemas de conducta. En relación con lo anterior, el modelo teórico de Steinberg y Cauffman (1996), engloba la madurez de los adolescentes como la suma del desarrollo cognitivo, emocional y social que, durante este periodo y al inicio de la etapa adulta, resulta en tres características de gran relevancia: 1) templanza, haciendo referencia tanto a la

tendencia a controlar la impulsividad como a la evaluación de las situaciones antes de pasar a la acción; 2) perspectiva, considerando en qué medida el adolescente considera las situaciones desde diferentes puntos de vista y valora las consecuencias de una conducta a largo y corto plazo; y 3) responsabilidad, siendo entendida a través de la capacidad de autonomía e independencia, el desarrollo de la identidad y el proceso de individuación. Esto propone una relación directa entre madurez psicológica y la planificación, el control de impulsos, la resistencia a la presión externa y la autonomía, características que serán el núcleo de la siguiente evaluación.

Modelo de evaluación pericial de la madurez psicológica

1. Entrevista forense

A pesar de que el uso de tests permite, tal como lo exige la actividad forense, explorar algunas áreas con mayor profundidad y, por ende, realizar un análisis más completo basado en una perspectiva multimétodo-multifuentes (Echeburúa et. al., 2011), la técnica fundamental de la evaluación es la entrevista pericial semiestructurada. Sin embargo, si bien resulta una manera eficiente de obtener información útil, relevante y suficiente respecto a las circunstancias que han desencadenado el proceso legal, también puede suponer un escenario revictimizante para las y los menores. Por lo mismo es, no sólo necesario sino imprescindible, un adecuado abordaje para reducir los costos emocionales, sin perjudicar la actividad investigativa.

En cuanto a esto se refiere, Carvajal y colaboradores (2020) aseguran que la mayoría de los protocolos para intervención jurídica con menores han sido desarrollados y estandarizados en Estados Unidos, siendo pocas las investigaciones actuales, fuera de este país, que utilizan protocolos estandarizados para su población. En el caso de España, se cuenta con el Modelo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (HELPT), cuyo objetivo es discriminar las declaraciones reales de cualquier hecho delictivo de las que no lo son, a través de la identificación de los factores de influencia del testigo (habilidades y capacidades cognitivas, posibilidades que se haya tenido para observar al agresor, etc.) (Manzanero & González, 2015). Asimismo, se suele hacer uso del Sistema de Evaluación Global (SEG), desarrollado especialmente para determinar la credibilidad del testimonio de

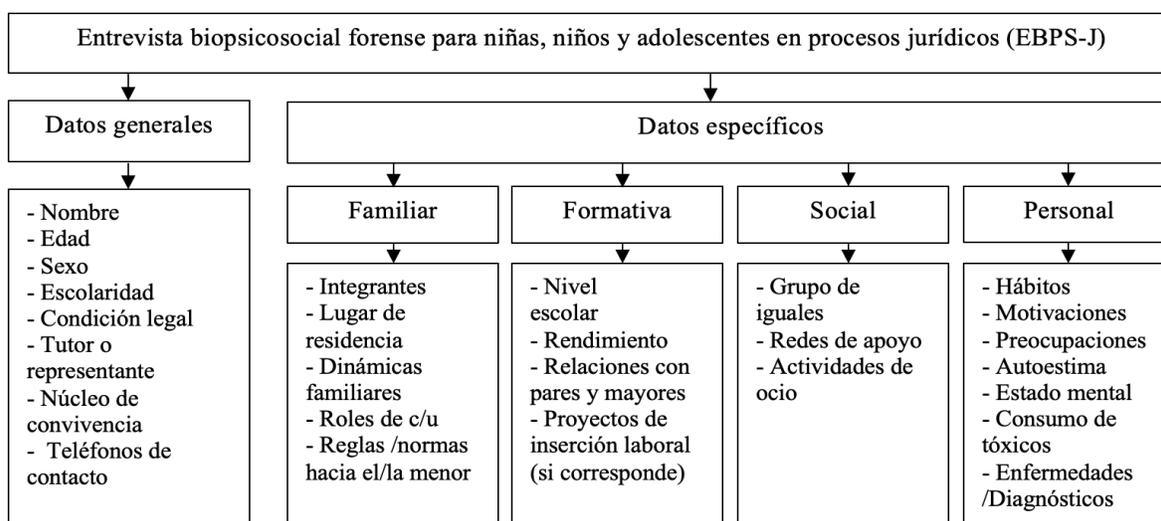
menores que refieren haber sido víctimas de agresiones sexuales, a la vez que se evalúa la huella psíquica (Nogueira, 2022). Sin embargo, en los casos que para este artículo nos competen, el proceso legal tiene su origen en el consentimiento sexual ofrecido por parte del menor de 16 años, mismo que, como se ha mencionado antes, puede excluir la responsabilidad penal por el contacto sexual en caso de comprobarse la proximidad en desarrollo madurativo. Por ende, estos protocolos, habiéndose desarrollado para un propósito muy específico, se vuelven inadecuados e infructuosos. Como resultado, se carece de un modelo estandarizado en la población española que permita evaluar la madurez psicológica para valorar la capacidad de consentir un contacto sexual, aun cuando se está frente a menores que pudiesen ser víctimas de agresiones sexuales disfrazadas de aprobación, ya sea por razones de intimidación, coacción o engaño.

Por consiguiente, se propone el siguiente modelo semiestructural: “Entrevista biopsicosocial forense para niñas, niños y adolescentes en procesos jurídicos” (EBPS-J) (Figura 1), que tiene su base en las investigaciones y formulaciones realizadas por Dzib y Herrera (2011). En primer lugar, estos autores llevaron a cabo una revisión de la literatura previa relacionada con el tema, resaltando especialmente las recomendaciones de diversos autores sobre el tipo de información a recabar, los factores de riesgo a identificar, y las esferas de la vida del menor a evaluar (Juárez, 2006; Hein, 2009; Nahoum, 1990). Dicha revisión teórica les permitió formular un modelo estructural de entrevista biopsicosocial dividida en dos apartados: i) datos generales y ii) estructura biopsicosocial forense. El segundo apartado, a su vez, se construye a partir de 4 subapartados: biológico, psicológico, social y forense legal, dentro de los que se deben explorar síntomas, entendidos como manifestaciones subjetivas del estado del menor, signos, referentes a las manifestaciones observables, y actitudes, definidas como el comportamiento observable que permite inferir sobre emociones y pensamientos del menor. Más, deja de lado las áreas familiar y formativa, siendo ambas relevantes para conocer la madurez psicológica de los menores. Asimismo, aunque dicho modelo permite identificar dificultades e indicadores de riesgo en casi todos los ámbitos, es inespecífico con respecto a los temas a abarcar en cada una, mostrando más características de una entrevista no estructurada.

Concretamente, el modelo semiestructurado de Entrevista biopsicosocial forense para niñas, niños y adolescentes en procesos jurídicos (EBPS-J) se desarrolló con el fin de evaluar factores de riesgo y protección, así como capacidades y habilidades personales relacionadas con la toma de decisiones responsables. Más, para que esta estructura sea efectiva, debe estar precedida por un periodo de rapport, que reduzca la ansiedad y derribe las posibles barreras, sumamente comunes sobre todo en los adolescentes. De igual forma, se requiere que la formulación de las preguntas guarde estrecha relación con la etapa evolutiva de la o el menor, y que se tomen en cuenta las diferencias individuales (Perona et. al., 2006); es decir, que la entrevista se ajuste al ambiente cultural en que los menores se desenvuelven, al lenguaje que suelen usar, a sus capacidades cognitivas y emocionales, y a las características de su personalidad.

Figura 1.

Modelo semiestructurado de Entrevista biopsicosocial forense para niñas, niños y adolescentes en procesos jurídicos (EBPS-J) (adaptada de Dib & Herrera, 2011).



2. Evaluación del constructo de madurez psicológica (batería de pruebas)

Respecto a la administración de instrumentos técnicos para su evaluación, parece recomendable comenzar con alguna prueba que valore aspectos generales de inteligencia. A tal efecto, se recomienda el uso del Test de Inteligencia No Verbal (Toni-4), debido a su brevedad y versatilidad para adaptarse a personas con diferentes dificultades, así como por

las evidencias positivas con las que se cuenta en relación con su validez y fiabilidad (Consejo General de la Psicología España, 2019). Dicho instrumento está formado por una única escala que determina la inteligencia global por medio del razonamiento abstracto y la resolución de problemas, siendo útil para formular hipótesis que sirvan de guía para la evaluación.

Una vez realizada la evaluación de carácter más genérico, se torna oportuna la administración de reactivos específicos que valoren riesgos concretos, siendo de utilidad indagar sobre la responsabilidad, la autonomía y la toma de decisiones. En este sentido, uno de los cuestionarios más utilizados actualmente en España para este propósito es el PSYMAS (Morales et. al., 2012), mismo que tiene como finalidad evaluar la capacidad de los adolescentes (15-18 años) para tomar decisiones responsables, considerando las consecuencias de las propias acciones. Para ello se compone de tres escalas; Orientación al trabajo, Autonomía e Identidad, cuyos autores definieron de la siguiente manera:

1. *Autonomía*, considerada como la independencia responsable del individuo en relación con sus amistades, familiares u otras personas cercanas. Concretamente, hace referencia a la predisposición a tomar la iniciativa sin dejar que quienes le rodean ejerzan un excesivo control sobre sí.
2. *Identidad*, definida como el conocimiento que tiene la persona sobre sí misma, incluyendo creencias, deseos, rasgos personales, etc.
3. *Orientación al trabajo*, incluye la predisposición a atender las propias responsabilidades y obligaciones, tanto en lo referente a las actividades académicas como a las responsabilidades de la vida diaria.

Persiguiendo la calidad científica de la evaluación, este instrumento se encuentra baremado, adaptado a la población española, y cuenta con una escala de validez que permite controlar el posible sesgo de respuesta; siendo idónea su utilización.

Por último, aunque se trata de un instrumento de evaluación de sintomatología clínica de relevancia, el MMPI-A (Butcher et. al.,1992) es de mucha utilidad para evaluar, a su vez, estilos de funcionamiento psicológico de los adolescentes, sobre todo en el contexto forense (Wenger & Andrés-Pueyo, 2016). En este sentido, además de las escalas clínicas y de contenido, dicha prueba incluye 6 escalas suplementarias entre las que resalta una en

específico, dedicada a la valoración de la Inmadurez (IMM). De forma concreta, esta escala está compuesta por 43 ítems que abordan las siguientes áreas: 1) Orientación hacia el presente en contraste con la planificación del futuro, 2) Ausencia de confianza en sí mismo, 3) Ausencia de insight o introspección, 4) Ausencia de complejidad cognitiva, 5) Malestar, recelo y retraimiento interpersonales y sociales, 6) Hostilidad y actitudes antisociales, 7) Egocentrismo y centración en sí mismo, y 8) Exteriorización de la culpa. Como resultado, una mayor puntuación en esta escala advierte de un importante deterioro en la autoestima y el autoconcepto, y limitaciones en la toma de decisiones responsables, resultando en dificultades escolares (falta de motivación y aspiraciones) y sociales (Sánchez et. al., 1997).

Así como el anterior, este cuestionario se encuentra baremado, adaptado a la población española, y cuenta con tres escalas de validez diseñadas para detectar la manipulación de la prueba, siendo altamente sensible en la detección de adolescentes que intentan ofrecer una imagen distorsionada de sí mismos (Crespo et. al., 1996).

Aunque pueda resultar obvio, es necesario aclarar que, en ningún caso, se podrá determinar la veracidad de una supuesta madurez psicológica por el simple hecho de que el evaluado informe al respecto a través de la cumplimentación de alguna prueba administrada; lo que supondría un error metodológico.

3. Exploración psicopatológica

La exploración psicopatológica a menores de edad implica dificultades específicas. En el caso de niñas y niños, debido a la corta edad, son comunes las limitaciones en cuanto a la comprensión y expresión lingüística que obstaculizan la exploración. En este caso, el perito debe contrastar la información aportada por los adultos que acompañan al menor con otras fuentes, siendo el centro educativo y el pediatra, los más comunes (Muñoz & Echeburúa, 2014). Con los adolescentes, que es la población más frecuente en peritajes de madurez psicológica, es posible encontrar evasivas a la hora de aportar información, a veces por falta de motivación a la exploración, y otras por temor a que llegue a conocimiento de sus padres. Como consecuencia, el rapport, definido por O'Connor & Seymour (1999) como el proceso por medio del cual se establece y mantiene una relación de confianza mutua y comprensión entre dos o más personas, es de suma importancia.

En todo caso, debe tomarse en cuenta la perspectiva evolutiva a la hora de realizar una valoración, pues muchas conductas desajustadas pueden entenderse (o no) desde la propia etapa de desarrollo. El examen del estado mental juega un papel fundamental en dicha distinción, pues tiene como finalidad la exploración, identificación y descripción de signos y síntomas que ayuden a dar respuesta a la pregunta forense. El signo, por un lado, se entiende como la manifestación o indicador objetivo de un proceso o estado patológico que resulta observable para el perito, como, por ejemplo: llanto incontrolado, hiperventilación, indicadores de sufrimiento, etc. (de la Serna, 2018). El síntoma, por otro lado, es descrito por este autor como la forma subjetiva en que el NNA1 expresa su estado, sin que esta pueda ser observable de forma directa por el perito, por ejemplo, ideación autolítica, anhedonia, etc. Por esta razón, la exploración psicopatológica tiene su base en la entrevista forense, a lo largo de la cual el profesional se muestra atento a la conducta del menor (signos) y a su diálogo (síntomas).

Como complemento del examen mental, será preciso evaluar la personalidad del adolescente, ya que esta modula la expresión de los cuadros psicopatológicos, además de que puede ser un área de desajuste por sí misma (Muñoz & Echeburúa, 2014). Para ello, se diferenciará entre estilos, rasgos y trastornos, cuya distinción es, según Millon & Davis (2000), el grado, pues son parte de un continuo en el que los primeros se encuentran en un rango de normalidad, mientras los últimos son patológicos. Así, los estilos de personalidad serían una tendencia a actuar o pensar de manera determinada, pero que puede ser modificada según el contexto (Caballo et. al. 2010); mientras que los trastornos son patrones de comportamiento estables a lo largo de la vida, disfuncionales y desadaptativos, que revelan inflexibilidad en las formas de pensar, y un alto nivel de perturbación emocional que afecta al bienestar y funcionamiento del individuo (Caballo et. al., 2009). El punto medio serían los rasgos de personalidad, que corresponden a la disposición general y asituacional del sujeto para actuar de cierta manera, y que en su conjunto conforman patrones de conducta (McCrae & Costa, 2005).

Atendiendo a las recomendaciones de Mesa-Cid & Rodríguez-Testal (2007), dada las características del contexto jurídico y la posibilidad de simular cuadros psicopatológicos en busca de beneficios secundarios, el examen del estado mental y la exploración de la

personalidad debe iniciarse de forma enmascarada, integrado dentro de la entrevista. Más, una vez detectados posibles indicadores de desajuste, se pasará a una forma más directiva, con el fin de concretar la información y contrastar hipótesis. Por su complejidad, debe realizarse de forma estructurada, evitando omisiones en el rastreo de procesos mentales y facilitando la interpretación de la información recabada. Persiguiendo lo anterior, y con base en lo planteado por los anteriores autores, se propone el siguiente modelo de exploración patológica (Tabla 1).

Tabla 1.

Áreas y síntomas de exploración psicopatológica (adaptada de Muñoz y Echeburúa, 2014).

<u>Áreas</u>	<u>Síntomas</u>
Consciencia	Obnubilación, estupor, coma, onirismo
Orientación	Autopsíquica, alopsíquica
Lenguaje	Afasia, disartria, verbigeración, neologismos, mutismo
Atención	Hiperprosexia, hipoprosexia/aprosexia, distraibilidad
Memoria	Amnesia, hipermnesia, paramnesia, confabulaciones
Percepción	Ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis
Pensamiento	Fuga de ideas, lentitud, perseveración, incoherencia, disgregación, bloqueo, ideas sobrevaloradas, ideas obsesivas, ideas delirantes
Afectividad	Ansiedad, tristeza patológica, euforia, disforia, paratimia, labilidad emocional
Psicomotricidad	Agitación, retardo, temblores, tics, dispraxia
Motivaciones primarias	Sueño, conducta alimentaria, conducta excretora, conducta agresiva, conducta sexual
Personalidad	Estilos, rasgos, trastornos

4. Formulación y Discusión Forense:

Según (Rodríguez & Delgado, 2014) la formulación forense debe describir las problemáticas que el sujeto de evaluación experimenta, así como los recursos de los cuales se beneficia, haciendo énfasis en posibles problemas psiquiátricos, psicológicos o sociales, marcando la diferencia entre los mismos en caso de que coexistan. Cotán (2020) agrega que es el momento de formular una hipótesis del caso, relacionando los datos recabados con fundamentación científica.

En lo que respecta al apartado de discusión forense, es este el que permite poner en relación la hipótesis con el objetivo pericial, haciendo uso de la literatura científica a la que se tiene acceso. Para los casos específicos de evaluación de la madurez psicológica para

determinar capacidad de consentimiento sexual, se recomienda dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- 1) Determinar el estado mental, las funciones intelectuales y la madurez psicológica del menor.
- 2) Precisar los factores de vulnerabilidad.
- 3) Establecer la influencia de su madurez psicológica, su capacidad intelectual y los factores de vulnerabilidad en su capacidad para consentir.

De cualquier forma, es necesario aclarar que, en caso de discapacidad intelectual, esta condición no implica la ausencia, por definición, de competencia consentidora en el área afectivo/sexual, ya que la discapacidad no implica la anulación de todas las dimensiones de la persona (Dujo & Horcajo, 2017). Por ende, cada individuo ha de ser evaluado de manera aislada.

CASO DE ESTUDIO

El caso de estudio descrito a continuación se enmarca en un procedimiento pericial, dentro del campo de la victimología forense específicamente, solicitado por el Juzgado de Violencia sobre la Mujer No. 11 de Madrid, a partir de un presunto delito de agresión sexual, al haber mantenido relaciones sexuales consentidas y ser menor de 16 años la perjudicada. Con el objetivo de evaluar el nivel de madurez psicológica de ambos, e identificar su proximidad, se sigue la metodología propuesta anteriormente, pero con dos particularidades: 1) sumar la Entrevista Diagnóstica Clínica Estructurada (SCID-II) a la batería de pruebas utilizadas, debido a sospechas de Trastorno de la Personalidad Límite (301.83) en la evaluada, y 2) intercambiar el uso del MMPI-A por el PAI-A, principalmente debido a su duración, con el objetivo de adaptar la evaluación a las capacidades específicas de la menor, sin afectar la recopilación de datos relevantes sobre posibles psicopatologías.

1. Objetivo de la pericial

A través de oficio judicial con fecha del 21 de noviembre de 2023, se solicita que, en virtud de lo acordado en el procedimiento de referencia, se proceda a la elaboración de

un informe pericial de valoración sobre el estado mental de las partes, al haber mantenido relaciones sexuales consentidas y ser menor de quince años la perjudicada.

2. Metodología

1. Entrevistas/Observaciones

- Entrevista clínica semiestructurada de evaluación a S.M. Realizada el día 25 de noviembre de 2023. Duración: 2 horas.
- Entrevista estructurada a S.M para el módulo de Trastorno de la Personalidad Límite (SCID-II). Realizada el día 27 de noviembre de 2023. Duración: 1 hora y 45 minutos.
- Entrevista clínica semiestructurada de evaluación a A.O., madre de S.M. Realizada el día 27 de noviembre de 2023. Duración: 1 hora y media.

2. Pruebas complementarias

- Cuestionario de Madurez Psicológica (PSYMAS) de F. Morales et. al. (2012).
- Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A) de L.C. Morey. Adaptado a la población española por V. Cardenal, M. Ortiz-Tallo, M. Campos y P. Santamaría (2018).
- Test de Inteligencia No Verbal (Toni-4) de L. Brown, R.J. Sherbenov y S. Johnsen. Adaptado a la población española por B. Ruiz-Fernández (2019).

3. Documentación examinada

- Informe psicológico de S.M. emitido por el Dr. en Psicología D.J.F. el 03 de agosto de 20XX, perteneciente al Servicio de Salud Mental de día de adolescentes del Hospital Universitario La Paz.
- Informe psicotécnico de S.M. emitido por Dña. M.D el 6 de junio de 20XX, perteneciente al CAPSEM (Centro de Atención Psicosocioeducativa para mujeres y sus hijas/os víctimas de violencia de género).

3. Análisis descriptivo

3.1 Datos sociodemográficos

La evaluada en cuestión es una adolescente de quince años, originaria y residiendo en Madrid. Siendo única hija, su núcleo familiar está compuesto solamente por su madre, a

quien se le concedió la custodia como consecuencia de tres juicios, mismos que fueron desencadenados por una separación por motivos de violencia de género cuyo expediente consta en el Juzgado de Violencia sobre la Mujer. A partir de entonces, el padre ha sido una figura distante, manteniéndose ajeno a las necesidades de su hija. Por consiguiente, es su madre, que mantiene estabilidad laboral a lo largo del tiempo, quien solventa los gastos.

3.1.1 Situación actual

La adolescente ha permanecido en situación de formación escolar interrumpida desde el año 2018, extendiéndose hasta la actualidad. Dichas interrupciones se debieron a su sintomatología, la cual incluía ansiedad intensa, inquietud, rabia, insomnio y pesadillas, presión en el pecho, entre otros. A lo largo de los años, este cuadro se ha visto agravado, desencadenando múltiples conductas autolíticas e intentos suicidas, siendo diagnosticada en 2018 de “Trastorno de la conducta”, y en 2019 de “Trastorno de Ansiedad Generalizada” y “Trastorno de Depresión Mayor”, por los que ha recibido tratamiento farmacológico.

Debido a la gravedad de su sintomatología, al día de hoy S.M. acude a un centro de día para menores, donde recibe tanto tratamiento psicológico como psiquiátrico, con prescripción de antipsicóticos y antidepresivos. A pesar de ello, indica que ha perdido la esperanza de mejorar significativamente, siendo su último ingreso psiquiátrico el 28 de junio de 2023. Se encuentra bajo valoración para posible diagnóstico de “Trastorno de la Personalidad Límite”.

Por otro lado, la presente pericial psicológica se enmarca en un procedimiento de presunto delito de violencia de género sobre S.M. por parte de R.G., su pareja desde febrero de 2022. El conflicto eclosiona el día 13 de febrero de 2023 cuando, tras una fuerte discusión entre la adolescente y R.G. como consecuencia de que ella externara su deseo por terminar la relación, recibe amenazas de agresión. Esto desencadena en la peritada un estado de elevada ansiedad, mismo que intenta aliviar por medio de autolesiones (cortes). A.O., madre de la adolescente, interviene para impedir que su hija se haga un mayor daño, y la traslada al Hospital Universitario La Paz, donde recibe intervención psicológica. Allí, la menor expone que recibe malos tratos psicológicos por parte de su pareja, basados en el control, los celos y

las amenazas. Por lo anterior, le indican que debe interponer una denuncia, y ese mismo día, acompañada de su madre, lo hace.

Como resultado de lo anterior, se ha impuesto una medida cautelar que consiste en una orden de alejamiento, aunque esta ha sido quebrantada recientemente por parte de la evaluada (25/05). Ante esto, asegura que entiende las posibles consecuencias y que no volverá a ponerse en contacto con él.

3.2 Análisis psicobiográfico

3.2.1. Historial familiar y evolutivo/social

Durante la infancia, la adolescente creció en una familia de nivel socioeconómico medio, cuyo núcleo estaba conformado por sus progenitores, quienes mantenían una relación de alta conflictividad. Como consecuencia, describe recuerdos poco agradables de su infancia, pues refiere un historial de violencia provocado por su progenitor, tanto hacia su madre como hacia ella misma. Tras la separación, la madre interpone una denuncia, cuyo expediente consta en el Juzgado de Violencia sobre la Mujer, lo que desencadena una evaluación exhaustiva para identificar el tipo de custodia más idóneo. El resultado es una custodia materna, seguida de una custodia compartida.

Sin embargo, un día, durante la semana de estancia con el padre, S.M. verbaliza en el colegio que desea quitarse la vida, por lo que se considera oportuno otra evaluación psicológica a la menor. Así, se propone un tercer juicio para modificar la custodia, siendo finalmente concedida exclusivamente a la madre. Desde entonces, el padre, a quien S.M. describe como infantil e inmaduro, se ha mantenido alejado, desconociendo las necesidades de su hija.

De cualquier forma, la menor refiere que han retomado el contacto recientemente, pues tras la denuncia que S.M. interpuso el pasado abril de 2022, le ha solicitado a su padre que se mantenga a su lado.

Por otro lado, durante la entrevista realizada a la madre, ésta señala un desarrollo psicoevolutivo coincidente con su etapa de vida durante los primeros años. Hace hincapié en

que la menor solía tener facilidad para adaptarse a cualquier entorno, logrando relaciones sociales satisfactorias. En este sentido, S.M. refiere que era invitada a todas las pijamadas, fiestas de cumpleaños y demás salidas que realizaban sus pares. En especial, resalta el papel de su mejor amiga, con quien compartía la mayor parte de sus actividades de ocio, y a quien tenía como figura de confianza y apoyo.

No obstante, esto comenzó a cambiar a partir de los 11 años, pues aparecieron los primeros síntomas de desregulación e inestabilidad emocional. Con el tiempo, se hizo evidente un cuadro psicopatológico que incluía un bajo estado de ánimo, sentimientos de tristeza y frustración, indignación, comportamientos hostiles, autolesiones, entre otros. Asimismo, a los 13 apareció una marcada inclinación hacia las conductas riesgosas, como por ejemplo el inicio temprano y no seguro de relaciones sexuales, y el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, marihuana). Todo lo anterior, aunado a los múltiples ingresos psiquiátricos, ha producido un enorme distanciamiento con su círculo social anterior. Como resultado, ha comenzado a rodearse de personas mayores de edad, a quienes frecuenta los fines de semana para salir de fiesta.

Así, la madre informa que, durante los últimos 4 años, su hija se encuentra en un estado de constante inestabilidad, siendo sumamente intensas sus reacciones emocionales, y mostrando una actitud agresiva ante posibles discrepancias. Lo anterior se traduce en discusiones recurrentes, donde S.M. muestra serias dificultades para manejar su enojo, envolviéndose, incluso, en peleas físicas con su progenitora. Ante situaciones como esta, la adolescente refiere que se debe a “la otra S.M.”, una versión mala de sí misma, metáfora que ha desarrollado para lidiar con la culpa que aparece debido a su imposibilidad de mantener el control. A pesar de las agresiones, S.M. reconoce que su madre es su mayor apoyo, y alguien en quien puede confiar plenamente.

3.2.2. Historial académico

En cuanto a la historia escolar de la adolescente, esta está protagonizada por un absentismo muy grave derivado de la pérdida de la motivación, y la falta de voluntad y energía para levantarse cada día a la escuela (abulia). Aunque durante la etapa Primaria no tuvo mayores problemas, a partir del 1er curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO)

sus calificaciones sufren un descenso significativo, suceso que ella adjudica a los síntomas depresivos, pues comenzaron las dificultades para mantener la atención, los escasos hábitos de estudio, el desinterés por cualquier actividad escolar, y la constante intención de abandonar. Con los primeros ingresos psiquiátricos se demostró que la inestabilidad emocional que le aquejaba le impedía continuar con la formación escolar, llegando al abandono escolar. Debido a lo anterior, dejó inconcluso 2do de ESO.

Sin embargo, tanto ella misma como su madre han intentado buscar alternativas que le permitan la inserción laboral, gestionando de manera autodidacta su aprendizaje respecto a oficios como manicurista, tatuadora, etc. Su proyecto a corto plazo es encontrar un trabajo que le permita aplicar estos conocimientos, a la vez que experimenta con su más reciente pasatiempo: la música. Así, en un futuro cercano, se ve a sí misma como una artista de género urbano, especialmente de trap.

3.2.3. Historial de pareja/sexual

Tiene su primera relación sexual a los 13 años, evento que describe como estresante dado que realmente no lo deseaba. Comenta que sucedió con un chico con quien llevaba saliendo aproximadamente dos semanas, y con quien había quedado en la azotea de un edificio, para pasar un rato juntos, gozando de mayor privacidad. Aunque en ocasiones anteriores habían tenido cierta interacción física (besos y tocamientos), la adolescente informa que no se sentía lista para la penetración, haciéndoselo saber a su acompañante. Más, aun cuando esta incomodidad fue informada, ella accede tras la insistencia de la otra parte, consumándose el acto sin hacer uso de protección alguna. A esto, la adolescente comenta que “no sabía decir que no”. Un par de semanas después, aparecieron síntomas que conllevaron a un diagnóstico de sífilis y a su posterior tratamiento.

Tras algunos meses conoce a M., su primera relación afectiva, a quien también considera su primer amor. Informa que ella tenía entre 13 y 14 años, mientras él tenía 17. Comenta que solían verse los fines de semana, días que aprovechaban para ir al cine, pasar tiempo en algún parque y otras actividades similares. Relata que sólo tuvieron una relación sexual que, contraria a su anterior experiencia, fue muy romántica y placentera. La relación duró 7 meses, y su término coincidió con sus primeras conductas autolíticas (cortes).

En febrero de 2022, a través de Instagram, conoce a R.G., relación que da cabida a este informe. En ese entonces ella tenía 15 años, mientras él tenía 21. Aunque no la denomina noviazgo, explica que fue una relación de pareja que inició a través del gusto de ambos por los tatuajes, coincidencia que les proporcionaba tema de conversación. Recuerda que en ese momento ella estaba practicando sus técnicas para tatuar, y que él se brindó para que experimentase en su piel, cosa que le hizo mucha ilusión, pues hasta entonces nadie había confiado en ella. Con esa excusa, tuvieron sus primeros encuentros en persona, mismos que tuvieron como sede la casa de S.M. La evaluada advierte que anteriormente le había mentido sobre su edad, diciéndole que tenía dieciocho, pero que una vez que se conocen en persona, le confiesa que en realidad tiene quince.

A pesar de la disconformidad de la madre, quien sólo accede debido a las amenazas de la hija, empiezan a compartir habitación durante las noches, pues S.M. confirma que le hacía sentir protegida y amada. Aun así, reconoce que mientras más tiempo pasaban juntos, más problemas le causaba, pues refiere que incrementa su consumo de sustancias adictivas debido a la constante incitación por parte de él. Asimismo, explica que hubo muchas rupturas y reconciliaciones durante la relación, debido a sus celos, pero que seguían juntos debido a “la gran conexión” que sentía con él. Según palabras de la peritada, se involucra muy rápido con los tíos y es muy empática con ellos.

A raíz de la denuncia interpuesta y que da lugar al presente procedimiento, refiere que ha sido capaz de distanciarse de la situación, posicionándose de manera objetiva ante la relación y valorándola como negativa para su bienestar. Aunque no verbaliza malestar alguno ante las relaciones sexuales concebidas con R.G., aclarando que estas se dieron sin la mediación de coerción ni amenaza, sí reconoce haber estado en una posición de mayor vulnerabilidad a lo largo de la relación.

3.2.4. Historial médico/sanitario y psiquiátrico/terapéutico.

Desde los 11 años, S.M. ha experimentado una serie de síntomas ansioso-depresivos como dolor en el pecho, preocupación constante, llanto excesivo, bajo nivel de energía, agotamiento, insomnio, entre otros, dando lugar al diagnóstico de “Trastorno de Depresión Mayor” y “Trastorno de Ansiedad Generalizada”. Asimismo, durante los primeros años de

adolescencia, debido a un patrón de alimentación anormal (episodios regulares de ingerir grandes cantidades de alimentos, seguido de comportamientos compensatorios, como el obligarse a vomitar o consumir laxantes, para prevenir el aumento de peso), se le diagnosticó “Bulimia Nerviosa”. Además, ha sufrido varios contactos sexuales indeseados, influyendo negativamente en su estado anímico.

A pesar de recibir tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico, continúa experimentando este cuadro, aunado a ideaciones y conductas autolíticas.

Actualmente menciona experimentar una profunda tristeza, que ha ido interfiriendo en todas las áreas de su vida, como la escuela, la familia y las relaciones sociales. Es importante destacar que la presencia de tristeza profunda y malestar generalizado son síntomas del trastorno depresivo mayor, diagnosticado anteriormente, factor de riesgo para el comportamiento suicida, teniendo la evaluada antecedentes de pensamientos y conductas suicidas. Por lo mismo, acude a un hospital de día para menores, donde recibe intervención psicológica y psiquiátrica, con prescripción de los siguientes ansiolíticos y antidepresivos:

- Fluoxetina 20mg (2-0-0).
- Aripiprazol 15mg (1-0-0)
- Pregabalina 175mg (1-0-1)
- Risperidona 3mg (0-0-1)
- Diazepam 10mg (0-0-1)
- Trazodona (0-0-1/2)

Su adherencia al tratamiento es escasa y desorganizada, siendo inconstante tanto con la asistencia a consultas como con la toma de medicamentos.

De igual forma se encuentra en tratamiento antibiótico antisifilítico, pendiente de nuevas analíticas de VIH. Recientemente se le incorporó un implante anticonceptivo como medida de protección ante un embarazo adolescente.

En relación con el consumo de sustancias que supongan un riesgo, reconoce hacer uso de tabaco, alcohol, marihuana, hachís, MSMA, éxtasis y cocaína; siendo las tres primeras las de mayor recurrencia. En cuanto a las cantidades, advierte consumir aproximadamente

dos cigarrillos de cannabis al día, una cajetilla de tabaco diaria, y alcohol, de manera lúdica, los fines de semana. El consumo de hachís es habitual, aunque sin presentar un patrón adictivo que haya supuesto un tratamiento de deshabituación. Las demás sustancias citadas suponen un uso esporádico.

4. Exploración psicopatológica

La adolescente se presenta a la entrevista con un aspecto y desarrollo físico que aparenta una edad mayor a la biológica. Utiliza un lenguaje coloquial y de confianza, aunque cuidando ser respetuosa. Si bien inicialmente muestra una actitud distante y un tanto retadora, esta se va desvaneciendo progresivamente, hasta conseguir un discurso fluido y sincero. A partir de entonces, se muestra colaboradora ante la exploración, aunque manifiesta el dolor que le supone remover ciertos temas, temiendo que pueda empeorar su situación. Muestra un estado de ánimo ajustado, aunque con signos de nerviosismo y ansiedad relevantes (movimiento rápido y constante de piernas, rascarse con gran presión hasta dejarse la piel enrojecida, etc.). Asimismo, a través de su diálogo, impresiona la existencia de un importante daño emocional, siendo de especial atención su patrón general de inestabilidad asociado a su autoimagen, a sus emociones y a sus relaciones interpersonales.

En cuanto a sus funciones cognitivas, no se observan alteraciones de la cognición, y la capacidad de obrar se encuentra conservada. Tampoco se evidencia alteración del curso o contenido del pensamiento, ni distorsiones sensorio-perceptivas, aunque la evaluada asegura haberse dado cuenta, recientemente, que experimenta alucinaciones visuales y auditivas. Respecto a ello, refiere sentirse triste, nerviosa y agobiada.

Se presenta como una persona que solía ser sociable y disfrutaba de las relaciones interpersonales, pero que ha dejado de serlo. Recuerda que en su círculo de amigos era reconocida por su gran carisma y optimismo, más se ha convertido en alguien más bien solitaria, pues se ha distanciado de su red de apoyo. Explica que esta situación viene desencadenada por los múltiples ingresos psiquiátricos, mismos que comenzaron a los 13 años, siendo el último el pasado 28 de junio del presente año. A partir de entonces, de manera prácticamente invariable, experimenta un sentimiento de vacío e ira inapropiada todos los días, interfiriendo en todas las áreas de su vida: escolar, familiar y social.

Expresa que, incluso desde antes, a los 11 años, ya comenzaban a aparecer un conjunto de reacciones que le suponían cierto malestar, como incertidumbre, alta irritabilidad, una importante dificultad para el autocontrol, problemas para conciliar el sueño, trastornos alimentarios, ataques de ansiedad repetitivos, etc. Con el paso de los años, lejos de verse disminuida dicha sintomatología, la explorada indica que aparecieron nuevas: disminución de experimentación de emociones agradables, pérdida de la motivación y el sentido de las cosas, y frecuentes pensamientos de inutilidad y desvalorización.

S.M. argumenta que, como consecuencia, surgieron problemas dentro del ámbito familiar (recurrentes discusiones con su madre, donde perdía el control y utilizaba la violencia física), social (denuncia por violencia física a una chica de su edad y reciente altercado con un policía) y escolar (deserción) que le llevaron a solicitar tratamiento psicológico y psiquiátrico. A pesar de la intervención farmacológica (Lorazepam) y psicoterapéutica, la sintomatología ansioso-depresiva continuó intensificándose.

En la actualidad, el cuadro ansioso-depresivo persiste, alcanzando una elevada gravedad que se caracteriza por un intenso deseo de morir y a la pérdida del autocontrol (sensación de perder la cabeza) e ideación suicida (planes de ingerir sobredosis de medicamentos).

RESULTADOS

Entrevista Diagnóstica Clínica Estructurada (SCID-II)

Se trata de una entrevista clínica estructurada que se basa en los criterios propuestos por el DSM- IV. Ha demostrado sensibilidad para detectar trastornos de la personalidad en adolescentes. Se aplica el módulo de Trastornos de la Personalidad.

Análisis del perfil.

Las respuestas de la adolescente recogidas en esta entrevista cumplen con 8 de los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Límite (F60.3), siendo 5 los necesarios para su diagnóstico.

Cuestionario de Madurez Psicológica (PSYMAS)

Este instrumento es utilizado para evaluar la madurez psicológica en adolescentes, entendiendo la misma como la capacidad de asumir obligaciones y tomar decisiones responsables, considerando las características y necesidades personales y asumiendo las consecuencias de sus propios actos.

Análisis del perfil

No muestra falta de atención ni descuido al responder el cuestionario, ni trata de dar una imagen especialmente positiva de sí misma (DS=37; AQ=23), por lo que se procede a interpretar el perfil.

Los resultados sugieren una baja predisposición a atender responsabilidades y obligaciones de la vida diaria y académica (OT=7), así como una independencia responsable con las amistades, familiares u otras personas disminuidas (AU=1). Asimismo, apuntan a un escaso conocimiento sobre sí misma (ID=3). Como consecuencia, sus respuestas indican una baja madurez psicológica (MP=1).

Test de Inteligencia No Verbal (Toni-4)

Esta prueba sirve para evaluar la inteligencia general tanto en jóvenes como en adultos, mediante el razonamiento abstracto y la resolución de problemas libres de factores lingüísticos, motores o culturales.

Análisis del perfil

Los resultados de esta prueba (PD= 29 / PC= 27) apuntan a un Coeficiente Intelectual de 95%, puntuación que se encuentra dentro del rango medio de inteligencia para su edad. Lo anterior significa que S.M. tiene capacidades similares a la mayoría de la población, mismas que le permiten comprender las relaciones entre distintos conceptos y realizar deducciones o inducciones a partir de la información dada. Por lo mismo, pareciera capaz de desempeñar las tareas asignadas de forma similar a la mayoría de las personas.

Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A)

El PAI-A cubre los constructos más relevantes para una evaluación comprehensiva de los trastornos mentales en adolescentes, proporcionando información clave tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento.

Análisis del perfil.

No muestra falta de atención ni descuido al responder el cuestionario, ni trata de dar una imagen especialmente positiva de sí misma (INC=44; INF=41; IMP=48). Por otro lado, aunque ofrece una imagen demasiado negativa (IMN=72), se debe tomar en cuenta que su cuadro sintomatológico conlleva a un autoconcepto sumamente empobrecido de sí. Por lo mismo, a pesar de ello, se trata de un perfil interpretable.

Los resultados retratan a una persona con un nivel significativo de preocupaciones sobre su salud y estado físico (SOM=80), así como cierta limitación en su vida debido a los mismos. A través de sus respuestas informa de un deterioro funcional importante y manifiesta diferentes síntomas físicos recurrentes (fatiga, dolores de cabeza, etc.) (SOM-C=78; SOMS=82). Asimismo, experimenta una elevada tensión, tendiendo a experimentar la ansiedad con síntomas como palpitaciones, sudoraciones en las manos, mareos, etc. (ANS-F=78; ANS-E=77; ANS=77). También advierte de la tristeza como emoción que predomina la mayor parte del tiempo, aunado a fuertes sentimientos de culpa, insatisfacción y desesperanza, perdiendo el placer por actividades que antes disfrutaba (DEP=79; DEP-C=78; DEP-E=79). De igual manera resaltan la sensación de indefensión, desespero, invalidez e incapacidad para salir de esta situación. Como consecuencia, podría tener planes inminentes de autolisis, por tanto, se debe poner en marcha las medidas terapéuticas sin ninguna demora (SUI=85). Es importante señalar específicamente que la adolescente ha respondido afirmativamente a los siguientes ítems relacionados con la autolesión:

- a. “He hecho planes de matarme”.
- b. “Cuando estoy muy enfadado suelo hacer cosas para hacerme daño”.

En cuanto al manejo de sus emociones, puede expresarlas de forma brusca y reaccionar con intensidad a cualquier cambio de ambiente. El ímpetu de sus sentimientos

suele conducirlo a períodos de ira y a una insatisfacción en sus relaciones interpersonales (LIM=82). Así, pareciera tratarse de una persona con tendencia a la inestabilidad, a la alteración de la identidad y a las autoagresiones como forma de afrontar las emociones intensas (LIM-E=84; LIM-I=81; LIM-A=87). Se molesta fácilmente por los comentarios ajenos y se muestra colérica, instigadora y provocativa. El control de la ira puede ser un objetivo de la intervención o tratamiento (AGR=76; AGR-A=76; AGR-V=71; AGR-F=79).

Parece establecer relaciones confusas y, a veces, incoherentes, por lo que suele ser frecuente que interaccione de forma caótica y polarizada con las personas más significativas de su entorno, como la familia, sus amigos o sus relaciones de pareja. Sus respuestas exponen un sentimiento de insatisfacción en relación con el cuidado que recibe de los demás, llegando incluso a creer que abusan de ella y la traicionan (FAS=76; LIM-P=78).

Presenta problemas referentes al consumo de sustancias, tanto con el alcohol como con otras drogas, siendo posible que se sienta culpable de la poca habilidad que posee para controlar las consecuencias de las mismas en su vida (ALC=81; DRG=92). Es probable que exista historial de episodios de intoxicación relacionado con la bebida y otras drogas, así como señales fisiológicas de dependencia y abstinencia. Es importante señalar que la evaluada ha respondido afirmativamente a un ítem crítico relacionado con el abuso a sustancias debido a la relevancia del mismo: “He probado casi todo tipo de drogas”.

Percepción de sí misma

Las puntuaciones obtenidas en las escalas relacionadas con la percepción sobre sí misma (MAN-G=75, DEP-C=73 y LIM-I=81) apoyan la hipótesis de un autoconcepto inestable y negativo, presentando inclinación importante hacia el pesimismo y dudas sobre sí. Este tipo de personas suelen tener dificultades para identificar sus valores y convicciones, para saber lo que desean y para establecerse metas. A priori, estas características sugerirían una limitación en la adaptación y resistencia ante estresores externos que pudieran presentarse.

Percepción de su entorno

En cuanto a la percepción de su entorno, las puntuaciones obtenidas (EST=70 y FAS=78) parecen indicar que se siente poco respaldada y apoyada por las personas más cercanas, percibiendo que no están ahí cuando los necesita. No obstante, dada la elevación de puntajes en la subescala de Relaciones interpersonales problemáticas, cabe considerar que esta percepción de falta de apoyo y entorno estresante pudiera estar más relacionada con un patrón más generalizado y persistente de insatisfacción con las interacciones con los demás, que de un aspecto puntual.

Integración de resultados

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como de la impresión clínica, se observa que S.M se ha mostrado sincera durante el proceso de evaluación, mostrando una actitud colaboradora a lo largo de la misma. Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados, no habiéndose detectado la presentación voluntaria de síntomas psicopatológicos en el momento actual.

Tanto la observación, como la información obtenida a través de los informes, las entrevistas realizadas y los resultados de las pruebas administradas, sugieren que S.M. es una adolescente con un patrón distintivo de desregulación afectiva, que se ve claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Con dificultades para mantener un sentido claro de identidad, la evaluada exhibe una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás, por lo que le resulta difícil establecer relaciones profundas y estables. Por lo mismo, relata una historia de vínculos ambivalentes intensos e inestables que le conducen a una percepción de rechazo y desconsideración por parte de los demás, lo que le produce gran amargura y tristeza.

Tras la exploración se percibe la impulsividad como rasgo destacable, por lo que puede llegar a comportarse de forma algo hostil y combativa, siendo percibida como impaciente, irritable y con mucho genio. Tiende, por lo mismo, a comportamientos sociales y sexuales de alto riesgo, resaltando una grave carencia de respeto a las normas, con mucha dificultad para autolimitarse. Así, se involucra de forma habitual en peleas físicas, relaciones

sexuales inseguras y un consumo frecuente de bebidas alcohólicas y sustancias adictivas. Dicha impulsividad se refleja también en su baja adherencia al tratamiento.

Se identifica un cuadro clínico grave de corte ansioso-depresivo, con un curso de empeoramiento caracterizado por la presencia de elevada angustia, sentimientos de vacío, autolesiones, acts autolíticos y frecuentes episodios reactivos dentro de los cuales se presentan lo que la menor describe como “sus brotes”, últimamente con contenido alucinatorio de tipo auditivo y visual. Dicha sintomatología, a fecha de pericial y según informe de equipo de salud mental, se encuentra en estudio, pues parece estar asociada tanto a los consumos de sustancias como a una psicopatología de base.

Se aprecia un cuadro sintomatológico de tal gravedad que produce un alto grado de desadaptación e insatisfacción, y un profundo sentimiento de tristeza, conllevando a la posibilidad de que esté centrada en la idea de la muerte y el suicidio, y también de que haya completado muchos de los pasos para llevarlo a cabo (p. ej., regalar sus pertenencias, escribir una nota, formular un plan específico). Por consiguiente, se advierte un alto riesgo de suicidio que ha de atenderse inmediatamente.

Sin percibir rasgos de inmadurez a nivel cognitivo ni intelectual, la explorada presenta un deterioro global altamente significativo que limita en gran medida su capacidad de autocuidado, viéndose comprometidas, a su vez, sus capacidades de asumir obligaciones, tomar decisiones responsables, valorar adecuadamente las características y necesidades personales, y asumir las consecuencias de los propios actos.

FORMULACIÓN FORENSE

El modelo explicativo de las variables que han podido influir en el consentimiento otorgado se puede desarrollar de la siguiente manera:

S.M. nace dentro de un ambiente familiar caracterizado por la hostilidad de un padre distante, agresivo y rechazador, y la inseguridad de una madre violentada que le transmite sus múltiples temores, limitando su autonomía y haciéndola ansiosa. Lo anterior pudo provocar que desarrollase un apego ambivalente que puede ser identificado en la forma en la que reacciona hacia su madre con cólera, rechazando el contacto o la interacción y,

enseguida, busca ansiosamente el contacto. Según los estudios, los infantes con este tipo de apego desarrollan una mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales y dificultades en la regulación emocional (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Ahnert et al., 2004).

De igual manera, parece haberse implantado una creencia subyacente de “no sentirse querida” al no haber sido cubiertas sus demandas y necesidades. Como consecuencia, se estableció una tendencia de búsqueda de aceptación y necesidad de recibir afecto, con estrategias compensatorias que giran en torno a ser sumamente demandante a nivel emocional y priorizar deseos ajenos ante los propios para evitar el rechazo. Así, ante el abandono, inicialmente responde de manera hostil y luego tiende a someterse. Dicho patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir por medio de comportamientos de sumisión, pensamientos obsesivos entorno a la relación y sentimientos de compensación hacia el otro fue conceptualizado por autores como Riso (1999) y Castelló (2005) bajo el término de “dependencia emocional”. Este último autor expresa, además, que las personas con esta característica suelen tener baja autoestima, escasas habilidades sociales y un autoconcepto empobrecido. Por lo anterior, necesitan ser queridos, escuchados y entendidos, y buscan ese apoyo en el otro, aun cuando ello implique costos muy altos para sí mismos por creer que, si no se conforman, perderían ese vínculo. Esta necesidad de afecto y miedo al abandono es tan significativa en el individuo que podría dejarse manipular, humillar y maltratar con tal de no separarse de su pareja (Aiquipa, 2015), lo que, partiendo de las historias de relaciones referidas, pareciera ser el caso de S.M.

Lo anterior pudo haber influido en el consentimiento sexual otorgado como una forma de confirmar el afecto y evitar el abandono, siendo este, a su vez, atravesado por la impulsividad que la caracteriza, y que funciona como predictor de conductas de riesgo. En este caso, los adolescentes con esta particularidad se ven más involucrados en comportamientos sexuales peligrosos para su salud que los que no la tienen (Badillo et. al., 2020). Estas mismas autoras hallaron, dentro de una muestra de 235 adolescentes impulsivos, que 73% mantenía relaciones sexuales sin protección, el 66.2% las mantenía con un elevado número de personas, y 54.4% tenía experiencias sexuales inesperadas, siendo estas últimas aquellas que suceden de forma fortuita, sin que medie la planificación. Y, aunque por sí solo

esto no signifique la vivencia de una relación sexual indeseada, aumenta las posibilidades de que resulte insatisfactoria (Olmedillo, 2022).

Asimismo, sus inadecuadas e improductivas estrategias de autorregulación emocional y de afrontamiento parecen haber contribuido al momento de consentir. Aunque en el funcionamiento sano de los adolescentes el uso de mecanismos de defensas primitivos (poco evolucionados y eficaces, rígidos y desadaptativos para eliminar los impulsos y la angustia) son normales en determinadas situaciones estresantes, la diferencia con los adolescentes límites es evidente cualitativa y cuantitativamente (2019), apareciendo la escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, omnipotencia y devaluación con suma frecuencia y de forma masiva. Así, ante emociones intensas y abruptas, busca distanciarse del problema a través de la evitación, negación, la culpa y los mecanismos de reducción de la tensión, siendo la rumiación, la supresión y las autolesiones los más comunes (Carpenter & Trull, 2013). En este sentido, se ha encontrado que, aunque la ira y la hostilidad suelen ser los sentimientos predominantes en los adolescentes con TLP, la emoción que subyace es la vergüenza, relacionando las autolesiones con la autocrítica, siendo estas una forma de autocastigo (Perlman & Pelphrey, 2010; Zamorano, 2017). Y, aunque en el caso que nos compete los datos son insuficientes para relacionar de manera definitiva ambos sucesos, es importante resaltar que estos supuestos malos tratos se conocieron a raíz de un intento autolítico que ubicó a S.M en urgencias del Hospital Universitario La Paz, siendo posible que la adolescente estuviese experimentando cierta vergüenza y culpabilidad relacionada con su entonces relación de pareja.

Por último, su bajo nivel de madurez, que se traduce en una limitación importante de su capacidad de tomar decisiones que sean coherentes y compatibles con el propio proyecto de vida y de salud (Cortina, 993), juega un papel importante.

DISCUSIÓN

A propósito de su estado mental y psicológico

Según la evaluación realizada, y en atención a la evolución psicobiográfica de S.M., se constatan diversas limitaciones a nivel psicosocial. Entre las mismas resaltan aquellas

relacionadas con la afectividad, las relaciones sociales y la autoimagen. En este sentido, se identifican alteraciones en el autoconcepto y la autoestima, un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables y una notable reactividad del estado de ánimo. Además, a lo largo de la exploración pericial, se percibe un sentimiento permanente y profundo de vacío, así como una gran dificultad para controlar la ira que se manifiesta en frecuentes muestras de mal genio, amenazas y peleas físicas recurrentes.

Lo anteriormente relatado, aunado a una impulsividad notoria en situaciones peligrosas (prácticas sexuales muy tempranas y no seguras, alternancia entre atracones y purgas y abuso de sustancias) y a un comportamiento suicida recurrente, configuran un F60.3 Trastorno de la personalidad límite (301.83), mismo que afecta a entre un 2 y un 8% de la población española (González et al., 2023). Asimismo, presenta síntomas afectivos (tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad, desesperanza y sensación subjetiva de impotencia frente a los requerimientos de la vida), conductuales (insomnio, conductas autolíticas) y cognitivos (capacidad disminuida para concentrarse, marcada disminución del interés o placer por las actividades que antes disfrutaba, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio) coincidentes con un F34.1 Trastorno depresivo persistente grave de inicio temprano (300.4).

Aunque el diagnóstico de TLP antes de los 18 años ha sido sumamente controversial, principalmente debido a que a) las características típicas del TLP, como inestabilidad afectiva o perturbación de la autoimagen, son una norma entre los adolescentes, b) el desarrollo de la personalidad está aún en proceso de cambio y c) es un término que puede conllevar a discriminación, y los profesionales sanitarios desean proteger a sus pacientes de la estigmatización y las actitudes pesimistas; cada vez hay más evidencia que apoya su diagnóstico y tratamiento temprano (Kaess & Chanen, 2020). Así, tanto el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5), como la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11), han confirmado la legitimidad de este diagnóstico en adolescentes.

De cualquier forma, incluso dejando de lado el modelo categorial del TLP, cuya utilización se ha puesto en duda debido a la limitación que supone en el diagnóstico diferencial y en el proceso terapéutico (Widiger & Trull, 2007; Gutiérrez & Vilar, 2014), el

análisis del presente caso desde el modelo dimensional del DSM-5, que ofrece una definición más operativa, arroja la siguiente información de los dominios afectados:

- A) Una evidente disfuncionalidad a nivel de personalidad, caracterizada por una autoimagen marcadamente pobre e inestable, asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío y estados disociativos bajo estrés (*Identidad*); inestabilidad en metas, aspiraciones, valores y planes a futuro (*Autodirección*); una capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado) y percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables (*Empatía*); y relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, necesidad y preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario, vistas dicotómicamente (idealización-devaluación) que conlleva a la alternancia entre sobreimplicación y distanciamiento (*Intimidad*).
- B) Rasgos patológicos de personalidad, incluyendo impulsividad, hostilidad, toma de riesgos, labilidad emocional (experiencias personales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes), ansiedad e inseguridad de separación.

Independientemente de la forma de evaluación, según diferentes autores, en dicha la población adolescente este cuadro clínico sugiere irritabilidad, desregulación del afecto (desinhibición, agresión, cambios en la personalidad, etc.), dificultades en tolerar ser recompensados a largo plazo, y grandes limitaciones en el establecimiento de metas y diseño de planes, en el reconocimiento de expresiones emocionales en los otros y en la resolución de problemas (Dinn et. al., 2004; Flores & Ostrosky-Solís, 2008; Barceló et. al., 2006). Kaess & Chanen (2020) agregan a esta sintomatología las siguientes características: toma de riesgos frecuentes, comportamiento autolesivo y una carga particularmente alta de comorbilidad psiquiátrica, la mayoría con 2 o 3 diagnósticos adicionales. Además, pueden llegar a padecer síntomas psicóticos durante los episodios de estrés, como alucinaciones o distorsiones de la imagen (Mota, 2020).

Todo lo anterior conlleva un grave deterioro psicosocial y una alta mortalidad, siendo el suicidio la principal causa, encontrándose tasas de hasta un 10% (Vera et. al., 2019). Así,

según estos autores, el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y como media realizarán 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida. Sin embargo, es importante destacar que, aunque la sintomatología misma del trastorno supone un riesgo suicida, la vivencia de eventos adversos puede dar lugar a momentos de desbordamiento emocional de días a semanas de duración. Estas situaciones de crisis elevan la probabilidad de autolesiones e incrementan dicho riesgo suicida.

Sobre la relación entre el TLP y la agresión sexual

La causa específica del trastorno de personalidad limítrofe es desconocida; no obstante, existen diversas hipótesis que apuntan a una combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos para la comprensión de su origen (vulnerabilidad biológica, experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado). En este sentido, Márquez (2022) propone la alteración de neurotransmisores (noradrenalina, glutamato, serotonina y dopamina) como un factor de vulnerabilidad, mientras que autores como Rodríguez y colaboradores (2021) destacan la influencia del maltrato infantil. Millón (1999) y Pinto (2004) apuntan a la estructura familiar de origen como uno de sus desencadenantes. Estos últimos describen la influencia de un entorno familiar con miembros débiles y con poca energía que demuestran calidez y sobreprotección ante las reacciones críticas y melancólicas de los infantes; o bien de un ambiente altamente reactivo que provoca un estado de permanente vigilancia y un patrón irregular de reacción infantil.

Otro elemento fundamental en el desarrollo de este trastorno es el apego, definido por Bowlby (1977) como la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con los demás. Siendo esta la manera que tiene un individuo de relacionarse con otros, el primer vínculo que se forma es el del bebé con la persona que le cuida y alimenta (generalmente la madre), pero a medida que crece, va formando y consolidando nuevos lazos que fomentan su desarrollo psicomotor y el aprendizaje, así como la autoestima y la conciencia del propio yo (Becerril & Álvarez, 2012). La forma en que lo haga en la infancia pronosticará la manera en la que se relacione, posteriormente, con sus iguales.

En el caso que nos compete se han identificado varios de los factores de vulnerabilidad citados anteriormente. Con respecto a la vulnerabilidad biológica, la tendencia

de la adolescente a la sintomatología ansioso-depresiva alerta sobre una posible alteración química, es decir, niveles anormales de neurotransmisores más influyentes en las emociones y la conducta: serotonina, norepinefrina y la dopamina. Asimismo, con respecto a experiencias psicológicas traumáticas, la adolescente relata haber estado expuesta a la violencia de género desde una edad muy temprana, así como a una experiencia sexual estresante al inicio de la adolescencia (13 años). Por último, su desarrollo y crecimiento tuvo lugar dentro de un núcleo familiar altamente conflictivo, siendo su madre su figura principal de identificación, aprendiéndole conductas sumisas ante las reacciones violentas del padre. Es decir, se está frente al conjunto de factores que potencializa el desarrollo del TLP.

En cuanto a su relación con la vivencia de violencia, una investigación llevada a cabo por Amor y colaboradores (2022), halló una relación significativa entre violencia dentro de la pareja y las siguientes variables de personalidad: depresión, ansiedad, impulsividad y baja autoestima. En esta misma dirección, pero poniendo el reflector sobre las agresiones sexuales, autores como Sisco y colaboradores (2008) encontraron, como producto de una revisión realizada, que el 23% de las mujeres víctimas de delitos sexuales de la muestra utilizada tenían rasgos dependientes. Asimismo, Billingham (1999) y Sisco (2005) sostienen que la elevada necesidad de afecto y aprobación por parte de los otros, aunada al comportamiento sumiso como consecuencia del significativo miedo al abandono les ubica, a los individuos con TLP, en una posición de inferioridad dentro de las relaciones sexoafectivas. Lo anterior termina por convertirse en un factor de riesgo ante la victimización sexual, multiplicando por 13 la posibilidad de convertirse en víctima (Beraún & Poma, 2020).

Por último, aunque cabe señalar que la influencia de la personalidad se basa en un modelo probabilístico en el que los rasgos deben ser conceptualizado como “factores de riesgo”, es decir, no todos los individuos que poseen un factor de riesgo, serán afectados por una experiencia victimizadora (Olapegba, 2004); se cuenta con estudios que señalan que la personalidad límite, debido a la impulsividad y las conductas de riesgo que la caracterizan, presenta una mayor tasa de ser atacado ya sea sexual y/o físicamente, que la población general, porcentaje que se ve incrementado casi al doble para las mujeres (50% mujeres y 26% hombres) (Zanarini et al., 1998). Todo lo anterior hace innegable la relación

significativa existente entre las características principales del TLP y la vivencia de una agresión sexual.

Sobre la relación entre la madurez psicológica y el TLP

A pesar de que no se cuenta con suficientes investigaciones que estudien la relación directa entre madurez psicológica y TLP en adolescentes, los hallazgos neuropsicológicos muestran alteraciones significativas de la sustancia blanca, principalmente en las vías implicadas en la regulación emocional y el reconocimiento de emociones, lo que sugiere que una red de procesamiento emocional a gran escala se ve interrumpida en los adolescentes con TLP (Kaess & Chanen, 2020). Asimismo, en el aspecto cognoscitivo se han reportado cinco áreas afectadas en el TLP adolescente: atención, memoria verbal y visual, construcción visoespacial, procesamiento emocional y riesgo en la toma de decisiones (Rogers & Kirkpatrick, 2005). Así, los pacientes con TLP presentan con frecuencia errores en la forma de interpretar los eventos que perciben o vivencian. Entre estos errores se encuentran la intencionalidad, el catastrofismo, el pensamiento dicotómico, el salto a conclusiones y el razonamiento basado en emociones, favoreciendo el pensamiento irracional y conllevando a la toma de decisiones basadas en interpretaciones erróneas o no soportadas en evidencia real (Corral, 2019).

La hipótesis anterior está respaldada por diferentes estudios. Ejemplo de ello es el llevado a cabo por Piñeiro y colaboradores (2008), donde se concluye que los pacientes con TLP presentan un desempeño pobre en las pruebas que evalúan la toma de decisiones, siendo su tiempo de respuesta en esta tarea similar al de los pacientes con daño focal en el lóbulo frontal.

Del mismo modo, el daño en la región dorsolateral prefrontal que se ha evidenciado produce un déficit en las funciones ejecutivas, mismas que incluyen la planificación, secuenciación, flexibilidad, memoria de trabajo y autoconciencia; todas ellas involucradas, en mayor o menor medida, en la evaluación de conductas riesgosas (Piñeiro et al., 2008). Según estos autores, como consecuencia de ese perjuicio, el sujeto podría ya no ser capaz de comprender las consecuencias de sus actos, y, por ende, tampoco de promover su autocuidado.

Conclusiones

La perita firmante del presente informe pericial psicológico ha redactado el contenido de este con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todo el respeto al Tribunal que corresponda, se emiten las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Tras la evaluación psicológica realizada, se considera que la adolescente presenta un cuadro sintomatológico coincidente con un F60.3 Trastorno de la personalidad límite comórbido con un F34.1 Trastorno depresivo recurrente grave de inicio temprano.

SEGUNDA: Sin percibirse déficit intelectual que suponga incapacidad para entender y mantener relaciones sexoafectivas, se identifica un deterioro global de elevada gravedad que influye negativamente sobre su madurez psicológica, siendo esta insuficiente para tomar decisiones de manera objetiva, evaluar las consecuencias de su conducta, y cuidar de sí misma, pudiendo limitar su capacidad para otorgar consentimiento sexual.

A modo de recomendación, esta perito considera oportuno el ingreso de la adolescente en la unidad de media estancia con el objetivo de atender el alto riesgo de suicidio.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a (día) de (mes) de (año)

REFERENCIAS

- Amor, P.J., Echeburúa, E., Camarillo, L., Ferre, F., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2022). Dependencia emocional y maltrato en mujeres víctimas de violencia contra la pareja. *Psicología Conductual* 30(1), 291-307.
- Ahnert, L., Gunnar, M. R., Lamb, M. E., & Barthel, M. (2004). Transition to childcare: Associations with infant–mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. *Child Development* 75(3), 639-650.
- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M. & Díaz, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería global* 9(59), 422-435.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 129(2), 195-215.
- Beach, S.R., Lei, M.K., Brody, G.H., Dogan, M.V. & Philibert, R.A. (2015). Higher levels of protective parenting are associated with better young adult health: exploration of mediation through epigenetic influences on pro-inflammatory processes. *Frontiers in Psychology* 6(28), 1-11.
- Beres, M. (2014). Rethinking the concept of consent for anti-sexual violence activism and education. *Feminism & Psychology* 24(3), 373-389.
- Boldova, M.A. (2021). La relatividad legal de la edad de consentimiento sexual de los menores de dieciséis años: regla y excepción. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* 23(16), 1-41.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Urrutia, M.J., Arias, B. & Guillén, J.L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology* 18(2), 259-276.

- Caballo, V.E., Guillén, J.L. & Salazar I.C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Campos, M. & Santamaría, P. (2018). *PAIA-A. Inventario de Evaluación de Personalidad para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carpenter, R.W. & Trull, T.J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports* 15(1): 335.
- Carvajal, B., Granada, V. & Heredia, D.A. (2020). Entrevista forense y revictimización: un análisis psicojurídico. *Revista de Psicología GEPU* 11(2), 15-34.
- Cauffman, E. & Steinberg, L. (2000). (Im) Maturity of Judgment in Adolescence: Why Adolescents May Be Less Culpable Than Adults. *Behavioral Sciences and the Law* 18(6), 741-760.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cotán, M. (2020). El informe pericial psicológico. Recuperado de <https://es.linkedin.com/pulse/el-informe-pericial-psicologico-maria-cotan-ruiz>
- Crespo, G., Jiménez, F., Merino, V., Gesteira, L. & Ampudia, A. (1996). *La detección de los simuladores adolescentes con el MMPI-A* [Conferencia]. En "XI Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos. Universidade do Monho, Braga, Portugal". <https://gedos.usal.es/handle/10366/22563>.
- De la Serna, J.M. (2018). *Diferenciación entre signos y síntomas en Psicología Clínica*. En J.M. De la Serna (Coord). *Fundamentos de la Psicología Clínica* (pp.30-51). Nueva Jersey: Bebelcube.
- Dujo, V. & Horcajo, P.J. (2017). Informe pericial psicológico: discapacidad intelectual y capacidad de consentimiento. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17, 108-125.

- Dzib, P. & Herrera, E.G. (2011). Modelo estructural de entrevista biopsicosocial forense para niños, niñas y adolescentes en procesos jurídicos dirigida a licenciados en derecho del Estado de Yucatán. *Revista científica electrónica de psicología*, 11, 261- 277.
- Escriche, J. (1851). *Diccionario Razonado de Legislación y Jurisprudencia*. Librería Rosa y Bouret: Paris.
- Garzón, F.A. (2009). Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. *Revista Latinoamericana de Bioética* 9(2), 8-27.
- González, L. (2018). *Consentimiento sexual: ética, poder y autonomía* [Tesis de grado]. Universidad de la República de Uruguay.
- Greenberger, E., Josselson, R., Knerr, C. & Knerr, B. (1975). The measurement and structure of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 127-143.
- Hein, A. (2009). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil, revisión de la literatura nacional e internacional*. Recuperado de http://www.fundacionparentesis.cl/sevicioscomunitarios/download/factoresderiesgo_y_delincuencia.pdf
- Juárez López, J. (2006). *El menor como testigo: fundamentos y técnicas*. En M. Soria Verde (Coord.) *Psicología criminal* (pp. 164-187). España: Pearson.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Boletín Oficial del Estado, nº 215, 2022, 7 de septiembre. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-14630-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313, 2004, 29 de diciembre. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Manzanero, A. & González, J.L. (2015). Modelo holístico de evaluación de la prueba testifical (HELPT). *Papeles del Psicólogo* 23(2), 125-138.

- Millon, T. & Davis, R.D. (2000). *Personality disorder in modern life*. Nueva York: Wiley.
- Mesa-Cid, P.J. & Rodríguez-Testal, J.F. (2007). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.
- Miranda, O. (2015). El (limitado) rol de la falta de consentimiento en el delito de agresión sexual. *Revista Jurídica Universidad de Puerto Rico* 84(2), 413- 446.
- Morales, F. (2014). La relevancia de la madurez psicológica en el ámbito psicopedagógico. *Journal of Parents and Teachers*, 359, 30-34.
- Morales, F., Camps, E., & Lorenzo, U. (2012). *PSYMAS. Cuestionario de Madurez Psicológica*. Madrid: TEA Ediciones.
- Muñoz, J.M. & Echeburúa, E. (2014). *La exploración psicopatológica en psicología forense: integración en el informe pericial*. En E. García-López (Coord.). *Psicopatología forense: comportamiento humano y tribunales de justicia* (pp. 54- 80). México: Manual Moderno.
- Nahoum, C. (1990). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Nogueira, L. (2022). *La psicología en la valoración de la credibilidad del testimonio infantil*. [Tesis de grado]. Universitat Pompeu Fabra.
- O'Connor, J. y Seymour, B. (1999). *PNL para formadores*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Olmedillo, M. (2022). *Filosofía y educación afectivo-sexual frente a la pornificación social* [Tesis de máster]. Universidad de Valladolid.
- Pereda, N. (2010). El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 16, 69-78.
- Pérez, Y. (2017). California define qué es “consentimiento sexual”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 25, 113-133.

- Perlman, S. & Pelphrey, K. (2010). Regulatory brain development: balancing emotion and cognition. *Society Neuroscience* 5(6), 533-542.
- Perona, A., Bottoms, B & Sorenson, E. (2006) Directrices basadas en investigaciones para realizar entrevistas forenses a menores. Recuperado de http://www.amparoyjusticia.cl/file/directrices_investigaciones.pdf
- Rodríguez, A.L. & Delgado, E.C. (2014). Partes del informe psicológico forense en los contextos legales. Recuperado de psicojuridicaforense.blogspot.com/2014/066/partes-del-informe-psicologico-forense.html?m=1
- Ruiz-Fernández, B. (2019). *Toni-4. Test de Inteligencia No Verbal*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez, G., Jiménez, F., Ávila, A. & Merino, V. (1997, diciembre 4-5). *Análisis de la escala de inmadurez del adolescente en el M.M.P.I.-A y su significación con el M.A.P.I. de Th. Millon* [Conferencia]. En “VI Conferencia Internacional de Avaluacao Psicológica: Formas e Contextos. Universidade do Minho, Braga, Portugal”. https://www.academia.edu/29903752/Inmadurez_MMPIA_MAPI_1997_?hb-g-sw=22540358
- Steinberg, L. & Cauffman, E. (1996). Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior*, 20, 249-272.
- Torres, R. (2013). *Glosario de Bioética*. Editorial Ciencias Médicas: La Habana.
- Tribunal Internacional de Nüremberg (1947). Código de Nüremberg. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- Wang, Y., Song, Y., Li, X., Zhang, L., & Liu, J. (2017). Influence of parental care on offspring hippocampal volume in young adults varies as a function of overprotection. *Scientific Reports* 7(1), 1-10.
- Wenger, L. & Andres-Pueyo, A. (2016). Tests forenses en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del Psicólogo* 37(2), 107-117.

Zacarés, J. & Serra, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de psicología* 12(1), 41-60.

Zamorano, T. (2017). *Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.