

# Informe psicológico pericial de parte sobre valoración del daño a un adolescente con discapacidad

Psychological expert report on the assessment of damage to a teenager with disabilities

Francisco Nuñez Valdivia

(1) Asesoría Psicosocial Francisco Nuñez, Barcelona, España.

Email de correspondencia (autor principal): francisconv@apsicosocial.com

## Resumen

*Este trabajo evalúa la credibilidad del testimonio y el daño psicológico, los cuales están relacionados con denuncia de presuntos delitos por insultos, humillaciones, amenazas y agresiones de forma reiterada desde la infancia hasta la actualidad a un adolescente de 13 años con discapacidad intelectual y visual por parte de otros jóvenes del lugar de residencia. El objetivo es conocer el impacto del maltrato en su estado mental y su funcionamiento cotidiano. Los resultados muestran síntomas intrusivos, evitación persistente y alteración cognitiva y afectiva que son compatibles con un F43.10 Trastorno de Estrés Postraumático. Se destaca la importancia de intervenir adecuadamente en los casos de menores de edad con discapacidad para mitigar los efectos negativos de su salud mental que condicionan su desarrollo evolutivo. Se concluye la necesidad de medidas de protección de la situación de maltrato relatada, así como ofrecer apoyo psicológico para mejorar su bienestar personal actual y futuro.*

## Palabras Clave

*Informe psicológico pericial, daño psicológico, credibilidad del testimonio, discapacidad, adolescente.*

## Abstract

*This study evaluates the credibility of the testimony and the psychological harm, which are related to reports of alleged crimes due to insults, humiliation, threats, and repeated assaults from childhood to the present day against a 13-year-old boy with intellectual and visual disabilities by other youths in his hometown. The aim is to understand the impact of the mistreatment on his mental state and daily functioning. The results show intrusive symptoms, persistent avoidance, and cognitive and affective alterations that are consistent with F43.10 Post-Traumatic Stress Disorder. The importance of adequately intervening in cases involving minors with disabilities is highlighted, to mitigate the negative effects on their mental health that condition their developmental progress. It concludes that protective measures against the reported maltreatment are necessary, as well as providing psychological support to improve his current and future well-being.*

## Keywords

*Psychological expert report, psychological harm, testimony credibility, disability, teenager.*

## I. INTRODUCCIÓN

En España, la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, de 29 de noviembre de 2013, considera a las personas con discapacidad como un conjunto de personas numerosas y vulnerables, al cual se ha mantenido en condiciones de exclusión social a causa de las estructuras y el funcionamiento de la sociedad. Según la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal se comprende por discapacidad aquella condición o circunstancia que una persona manifiesta a través de deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente, de forma que limitan o impiden su plena y efectiva participación en sociedad, en igualdad de condiciones, al no superar las barreras sociales. En la actualidad existe una larga trayectoria sobre literatura científica en referencia a la vulnerabilidad a la que están expuestas las personas con discapacidad intelectual para ser víctimas de maltratos por parte de personas sin discapacidad (Horner-Johnson y Drum, 2006; Verdugo et al., 2002). Aún así, persiste en nuestras sociedades una importante infravaloración de las personas con discapacidad, especialmente de las que tienen discapacidad intelectual (DINCAT, 2024). En parte, esta visión negativa y marginadora sobre la persona con discapacidad es un mensaje hacia los potenciales agresores de la impunidad que tendrá el maltrato, porque a los niños con discapacidad se les reconocen, en la práctica, menos derechos que al resto (DINCAT, 2024).

En su sentido más estricto, entendemos por maltrato una conducta hacia otra persona que le causa un daño en tales circunstancias —que habrá que aclarar— que debe considerarse inmoral, porque supone irrespeto de la dignidad de la persona dañada, porque implica tratarla expresamente como puro medio (Etxeberria et al., 2013). Cabe señalar las consecuencias negativas que produce el abuso en las personas con discapacidad intelectual, destacando la sensación de aislamiento, la pérdida de autoestima, la ansiedad, el miedo, los sentimientos de incapacidad, la vergüenza, la depresión, la culpa, la frustración, el miedo y la estigmatización (Berástegui y Gómez-Bengochea, 2006). Recientemente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis de la bibliografía en menores de edad con discapacidad que habían sufrido violencia física, psicológica, sexual o negligencia; estableciendo una mayor prevalencia de violencia que en el resto de los menores sin condición de discapacidad y destacando una necesidad de establecer sistemas de protección para estas personas (Fang et al., 2022). En el ámbito escolar, se ha comprobado que los estudiantes con discapacidad tienen un mayor riesgo de sufrir bullying, en especial los menores con Trastornos del Espectro Autista (Fuentes, 2019).

La inferior detección de delitos de abuso y maltrato hacia menores con discapacidad supone una situación de riesgo en sí misma (Berástegui y Gómez-Bengochea, 2007). Pese a ello, la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas se ratificó en 2007 y el 3 de mayo de 2008 entró en vigor en España, se compromete en Artículo 16.2 a adoptar “todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso”.

La valoración del daño psicológico padecido por parte de las víctimas, también conocido como *quantum doloris*, necesita ser acompañada de una planificación del tratamiento, una tipificación de los daños criminales y una compensación adecuada (Echeburúa et al., 2004). El análisis funcional proporciona una descripción de forma sistematizada de las conductas problemáticas con carácter psicopatológico, así como sus desencadenantes y sus consecuencias (Graña et al., 2002).

### A. Objeto pericial

Este informe psicológico pericial, solicitado por la madre del menor, tiene como objetivo evaluar la credibilidad del testimonio del menor y determinar el daño psicológico y su relación con los hechos declarados, así como el impacto en su vida cotidiana.

## II. MÉTODO

Se analizó la documentación aportada por la madre del interesado, realizando una evaluación psicológica del menor peritado, a través de las correspondientes entrevistas clínico-forenses y la aplicación de pruebas psicométricas complementarias. Además de las entrevistas y las aplicaciones de pruebas psicométricas a la madre y la trabajadora familiar. Todo ello pasa a detallarse a continuación.

### A. Entrevistas y observaciones

- Entrevistas, exploraciones psicológicas y aplicación de pruebas psicométricas al menor peritado.
- Entrevistas y aplicación de pruebas psicométricas a la madre.
- Entrevista y aplicación de pruebas psicométricas a la trabajadora familiar del servicio de atención a domicilio.

La evaluación tuvo una duración aproximada de 22 horas.

### B. Pruebas psicométricas

- CAPALIST. Valoración de capacidades para testificar (Silva, Manzanero y Contreras, 2018).
- ESPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños. (Coan y Cattell, 1981 / Adaptación española por Seisdedos, 2013).
- ITQ. International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2018 / Adaptación española por Fernández-Fillol et al., 2020).
- MMPI-A-RF. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota para Adolescentes reestructurado (Archer et al., 2016 / Adaptación española por Santamaría, 2021).
- Protocolo de entrevista forense. Estado de Michigan (Grupo de Trabajo del Gobernador para la Justicia del Menor y Agencia para la Independencia de la Familia, 1993 / Adaptación española por Cabañas, 2003).
- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación (Fernández-Pinto et al., 2015).
- STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (Spielberger, 1973 / Adaptación española por Fernández-Ballesteros, 1987).
- TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2015).

### C. Documentación examinada

Historial e informes del ámbito clínico, social, educativo y administrativo.

### D. Situación actual

El presente informe se enmarca en una denuncia penal interpuesta por la madre del joven. Dicho menor, residente en Mijas, España, nació el 10 de mayo de 2010, siendo el único hijo de sus padres actuales. Se enfrenta a significativas dificultades en su desarrollo personal, evidenciados por sus reconocidos grados de discapacidad y dependencia. Actualmente, se beneficia del apoyo de un perro de asistencia y la ayuda de una trabajadora familiar, lo que subraya su necesidad de asistencia constante en la vida diaria.

A nivel social y educativo, el menor presenta dificultades significativas de socialización y tendencias al aislamiento. Ha sido víctima de bullying, lo que llevó a un cambio de escuela durante su educación primaria. La situación de acoso y maltrato le

continuó afectando profundamente, influyendo en su comportamiento y salud mental, con episodios de retraimiento social y dificultades de sueño que también afectan su asistencia escolar.

Desde el punto de vista familiar, convive con ambos progenitores. Su padre sufre una cardiopatía congénita severa y su madre obesidad mórbida. Requieren de hospitalizaciones recientes que agregan mayor estrés al ambiente familiar.

#### *E. Evolución psicobiográfica*

Nace el 10 de mayo de 2010 en Mijas (España). Único hijo de la pareja actual. El resto de la familia está compuesta por un hermanastro por parte de padre y una hermanastra por parte de madre, con 31 y 27 años de edad respectivamente. Mantiene relación puntual con el hermanastro y relación asidua con la hermanastra.

A nivel de salud, se aportan numerosas resoluciones del Departamento de Derechos Sociales de Andalucía en las cuales se acredita un reconocimiento del grado de discapacidad equivalente al 78%, concretamente por factores intelectuales y visuales. Así como un grado III de dependencia con ayuda de tercera persona y perro de asistencia.

A nivel familiar, convive con su padre y su madre. Mantiene una relación adecuada y satisfactoria con ambos, también con sus hermanos que viven independientemente. Su padre padece un estado crítico de salud debido a una cardiopatía congénita severa, requiriendo de diversos ingresos hospitalarios durante los últimos años. Su madre sufre obesidad mórbida, que derivó en un reciente ingreso hospitalario para adecuar tratamiento en el año en curso. Muestra signos de preocupación por el estado de salud de ambos padres.

A nivel social, presenta dificultades de sociabilización y una marcada tendencia al aislamiento social. Tiene dificultades para valorar los riesgos. Además tiene dificultades para gestionar las emociones, especialmente ante límites o frustraciones. Entre los dos últimos años, experimenta un retraimiento social intenso con absentismos escolares por dificultades de sueño o con negativas para hacerse cargo de las salidas de su perro de asistencia. Por último, tiene un servicio de atención a domicilio de una trabajadora familiar de la empresa ASOCIAL, la Sra. Eva Valle Nágera, que realiza visitas al domicilio familiar y el entorno del Mijas de martes a viernes de 16 p.m. a 17 p.m. para acompañar en las actividades de la vida diaria.

A nivel escolar, cursa la primera etapa de escolarización en la Escuela Tilo, ubicada en el mismo municipio en que reside. La madre y el menor refieren situación de bullying que motiva el traslado urgente de colegio durante el tercer trimestre del cuarto curso de primaria tras ponerlo en conocimiento a Servicios Territoriales del Departamento de Educación de Andalucía. Continúa en la escuela a la que se trasladó hasta la actualidad, la Escuela Abeto, con una adecuada adaptación según los informes psicoeducativos aportados.

#### *F. Hechos denunciados*

Una serie de hechos repetidos, intencionados y continuados desde la infancia hasta la actualidad por parte de un grupo de menores referidos hacia su persona. Tras las entrevistas mantenidas con el menor, la madre y la trabajadora familiar, se detallan los hechos referidos a continuación.

Refiere ser testigo de conductas sexualizadas entre dos compañeros de clase en el cuarto curso de primaria, identificados como Pedro y Luis. Posteriormente en el mismo curso, continúa recibiendo dentro del entorno escolar acoso sexual por parte del primero y maltrato por parte del segundo. El segundo, junto con un grupo de compañeros, realizaban de forma reiterada insultos, humillaciones, amenazas y agresiones en los espacios compartidos. La madre, después de ponerlo en conocimiento de la escuela, solicita cambio de escuela con la implicación de Servicios Territoriales del Departamento de Educación durante el último trimestre de cuarto curso de primaria. Se traslada a la Escuela Abeto, situada en Fuengirola, con la finalidad de protegerlo de la situación referida y acreditada en documentación adjunta.

Mantiene vinculación a recursos educativos y comunitarios en diversos municipios, mientras que en el municipio de residencia desarrolla actividades en el entorno domiciliario. Hasta el contrato de asignación del perro de asistencia en el (año), motivo por el cual comienza a realizar diferentes actividades en el municipio de residencia con el objetivo de promover su autonomía personal. El (día) de (mes) de (año), mientras pasea con la trabajadora familiar por Mijas se encuentra con un grupo de menores. En ese momento, sale corriendo hasta esconderse en un callejón. La trabajadora social

lo encuentra temblando y llorando. Refiere un estado de pánico. Explica que ese grupo de menores, especialmente reconociendo al anteriormente citado “Luis”. Le insultan, humillan, amenazan y agreden en repetidas ocasiones. La madre tiene conocimiento de lo sucedido y da parte a la Policía Local y el Ayuntamiento de de Mijas, acreditado en la documentación adjunta.

El peritado refiere que “me pegaron desde que mi madre estaba en el hospital [...] bueno, lo que más es justo es desde que tengo a Tom (perro de asistencia)”, concretando que el causante de los hechos es “sobretudo, sobretudo, el Luis [...], porque es un poco me están haciendo bullying ahora”. Respecto a dónde le pegaban refiere que “pues sobre todo me pegaban por aquí [...] por el pecho, por la barriga y por la espalda”. En este sentido, la trabajadora familiar ha identificado a los menores en diversos encuentros por Mijas. Además refiere que “¿cómo no me van a hacer bullying si son los mismos que de pequeño!”, continúa explicando que “en el colegio, anteriormente, que eso era cuando tenía 5 o 6 años [...] me venían a molestar y también a pegar.”

### *G. Eclósión y desarrollo del conflicto*

Refiere que mientras pasea con la trabajadora familiar se encuentra a los menores que le increpan desde la infancia, motivo por el cual se ve “obligado a explicar la situación” a su familia. Mantiene una reacción de “pánico” durante este encuentro y anteriores con los menores. La madre, tras tener conocimiento de la situación, se pone en contacto con la Policía Local y, por indicación de un agente, se presenta al día siguiente en comisaría para denunciar los hechos. La atiende otro agente de la comisaría que no admite la denuncia a trámite. La madre realiza una instancia explicando la situación al Ayuntamiento de Mijas e inicia la presente evaluación psicológica.

Tras el evento, muestra signos de preocupación e insomnio. También refiere que durante la infancia “no había insomnio, solo me enfadaba” por los hechos citados. “Pero no tenía pánico ni terror [...] Eso ya lo desarrollé cuando ya me seguían molestando otra vez o en las dos o tres veces cuando ya era grande”. Refiere tener “miedo extremo o enfado” por los hechos citados. De forma que “normalmente salgo corriendo bastante o me enfado de más con quien tenga cerca”.

Refiere que el motivo por el cual no había explicado los hechos anteriormente a sus padres es el siguiente: “Directamente tampoco quería molestar... Molestarles... Molestarles... ¡Molestarles, no es! Pero sí, directamente si... Poniendo más problemas al asunto. Bueno lo de eso... como mi padre le preocupaban las cosas que tiene, como por ejemplo tipo... Mi madre está directamente por ahí o haciendo cosas en casa. Después como mi padre tiene problemas cardíacos. Pues tampoco puede moverse. Así que si lo preocupo demasiado o se enfada demasiado, pues puede... Puede terminar tú ya sabes... Muerto.”

### *H. Exploración psicopatológica*

Se trata de un adolescente de 13 años de edad en el momento de la exploración. Muestra un aspecto cuidado y signos de somnolencia. Presenta dificultades para recordar y expresar los hechos denunciados durante las entrevistas. Manifiesta un nivel significativo de malestar emocional con la posible presencia de trastornos interiorizados, así como un nivel significativo de alteraciones del pensamiento, que causan signos elevados de ansiedad y malestar emocional.

Tiene un buen ajuste a la realidad, con una adecuada percepción y control de esta. Se muestra orientado autopsíquica, pero su orientación alopsíquica se ve alterada debido a sus patologías de base y a la huella psíquica relacionada con signos elevados de ansiedad vinculada a los hechos denunciados. Refiere tener alteraciones sensorio-perceptivas, sensorio-motoras y quejas somáticas durante la evaluación, así como en los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas. Muestra una alteración de la percepción y de la conciencia, vinculada a experiencias anormales. No se aprecian alteraciones en el curso o el contenido del pensamiento, pero sí ciertas dificultades en cuanto a nivel atencional y de memoria, tal y como se aprecia en documentación adjunta.

Describe abundante sintomatología psicorreactiva, escasez de emociones positivas, desconfianza, miedos incapacitantes tanto dentro como fuera de casa y miedos específicos. También tiene creencias y actitudes negativas hacia la escuela y evitación social de algunos eventos y situaciones sociales. Tiene dificultades en las relaciones interpersonales y, actualmente, tiende al aislamiento social con un patrón inflexible y dominante de las situaciones personales y sociales. Mantiene un reconocimiento al retraimiento social. Manifiesta antecedentes de intentos de suicidio y conductas heteroagresivas en el

entorno familiar con diversas derivaciones hospitalarias a urgencias para su reconducción conductual entre los años 202x y 202x.

En el momento de la exploración, muestra una significativa sintomatología ansiosa con estado de ánimo apático que se acentúa al tratar los hechos denunciados, apreciándose resonancia emocional compatible con una experiencia traumática de las situaciones relatadas.

### III. RESULTADOS

#### A. Valoración de la capacidad del testimonio

**Tabla 1. Valoración de la capacidad de testimonio**

Características psicológicas	Lenguaje y conocimientos del relato de los hechos coincidentes con los utilizados al abordar los temas a denunciar. Afecto apropiado: en el momento de la exploración se aprecia un correlato emocional compatible con el contenido de los hechos alegados. Susceptibilidad a la sugestión: muestra deseabilidad social hacia el evaluador durante las entrevistas, sin alcanzar la aquiescencia. Por este motivo, 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. Sin embargo, se aporta documentación anterior a la pericial actual donde se refiere el bullying padecido durante la infancia. Su correlato emocional y la sintomatología son acordes a los sucesos traumáticos, así lo reafirman las entrevistas y los resultados obtenidos de las 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 denunciados y la sintomatología descrita. Por lo tanto, se evidencia una plausible credibilidad de este testimonio.

#### B. HELPT. Modelo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (Manzanero et al., 2015)

**Tabla 2. Evaluación de las declaraciones**

Factor	Elemento	Indicios
Análisis de los factores de influencia (evaluación del expediente).	Suceso	Presente
	Testigo	Presente
	Sistema	Ausente
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

#### C. CAPALIST. Valoración de las capacidades para testificar (Silva, Manzanero y Contreras, 2018)

**Tabla 3 . Resultados CAPALIST**

<b>Capacidades cognitivas básicas</b>	
Memoria	Memoria autobiográfica: recuerda sucesos vitales.
	Memoria semántica: recuerda contenidos aprendidos de manera normal.
	Memoria semántica: recuerda un episodio ocurrido con normalidad con dificultad para ubicar algunos hechos en la línea temporal.
Percepción	Visual: alterada por pérdida del 30% de visión.
	Auditiva: alterada por hipersensibilidad auditiva.
Atención	Normal
Atención selectiva	Menos de 5 minutos. Necesita cambios o descansos, debido al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
<b>Capacidades cognitivas secundarias</b>	
Cognoscitivas	Conservadas: espacio, tiempo presente, tiempo pasado, descripción de personas, descripción de lugares, descripción de cosas, cadena de acciones, cantidad (muchos), cantidad (pocos) y razonamiento (entienda-acción-consecuencia). Presenta problemas en la evaluación del tiempo pasado al tratar eventos con carga emocional.
Comunicación	Expresión oral: frases (sujeto-verbo-predicado).
	Comprensión oral: conversación.
	Expresividad: adecuada.
Interacción social	Empatía: reconoce sentimientos propios, de los otros y se identifica con los ajenos.
	Asertividad: asertivo.
	Extraversión: alta.
	Aquiescencia: media.
Identificación de estados subjetivos Capacidad moral y de representación	Deseabilidad social: alta.
	Estados propios: sí.
	Estados ajenos: sí.
	Distinguir bien de mal: sí.
	Distinguir realidad de fantasía: sí.
	Imaginación: no.
	Reproducir escenas: sí.
	Reproducir conversación: sí.
Asignación de roles: sí.	
Patologías / Síntomas	Comportamientos sexuales: no explorado.
	Alteraciones del comportamiento: conductas heteroagresivas y autolesivas.
	Otro tipo de discapacidad: Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Síndrome de Asperger.
	Problemas psiquiátricos: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
	Psicofármacos: sí.

*D. MMPI-A-RF. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota para Adolescentes reestructurado (Archer et al., 2016 / Adaptación española por Santamaría, 2021)*

Para el análisis de los resultados obtenidos se ha tomado como referencia un baremo de población clínica menor de edad.

En relación con las escalas de validez, podemos afirmar que los resultados son válidos y sin omisiones a causa de respuestas sinceras. Muestra un patrón de respuesta consistente (VRIN-r=50) y probablemente válido con resultados interpretables (TRIN-r=51; CRIN=44). También se observan niveles significativos de psicopatología o de malestar emocional (F-r=75) sin minimización de síntomas (L-r=50; K-r=33), que pueden aparecer en adolescentes con problemas psicopatológicos significativos que alegan síntomas creíbles.

Atendiendo a las dimensiones globales de la mencionada prueba, los resultados muestran un nivel significativo de malestar emocional con la posible presencia de trastornos interiorizados (EID=76), así como un nivel significativo de alteraciones

del pensamiento (THD=63).

En cuanto a las escalas clínicas reestructuradas, los resultados muestran puntuaciones significativas en los ítems de desmoralización (RCd=67) por insatisfacción con las circunstancias actuales de su vida, de quejas somáticas (RC1=60), de escasez de emociones positivas (RC2=77), de desconfianza RC3=58) y de experiencias anormales (RC8=77). También cabe destacar el problema específico de indefensión/desesperanza (HLP=67), así como diversas quejas somáticas gastrointestinales (GIC=60), de dolor de cabeza (HPC=74), neurológicas (NUC=68) y cognitivas (COG=81) con un consecuente malestar general (MLS=65). De forma que, considerando los episodios anteriores de ideación y tentativa de suicidio en su historia personal, muestra un alto riesgo de hacerse daño a sí mismo.

En relación a los problemas específicos, los resultados muestran puntuaciones significativamente altas en indefensión/desesperanza (HLP=67), inseguridad (SFD=72), ineficacia (NFC=63), ansiedad (AXY=70), propensión a la ira por falta de control de impulsos o de la conducta (ANP=60), miedos incapacitantes tanto dentro como fuera de casa (BRF=81) y miedos específicos (SPF=73). También en creencias y actitudes negativas hacia la escuela (NSA=67) y en evitación social (SAV=77) de algunos eventos y situaciones sociales.

En cuanto a personalidad patológica, los resultados muestran puntuaciones significativamente altas en psicoticismo (PSYC-r=74), emocionalidad negativa (NEGE-r=60) e introversión o escada emocionalidad positiva (INTR-r=76).

En síntesis, las puntuaciones en el MMPI-A-RF reflejan una persona que responde a los ítems de la prueba de manera adecuada, ofreciendo un perfil válido de resultados. Muestra significativa sintomatología ansiosa con ideación suicida. Se destacan quejas somáticas, problemas cognitivos, experiencias anormales y falta de manejo de la ira. Tendencia a la evitación social por las preocupaciones y el miedo generalizado causado por indefensión o desesperanza. Se recomienda atención y seguimiento de psicología clínica especializada, junto con tratamiento psiquiátrico.

*E. ESPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños. (Coan y Cattell, 1981 / Adaptación española por Seisdedos, 2013)*

La puntuación obtenida en las escalas del ESPQ muestra una marcada ansiedad e introversión.

**Tabla 4 . Resultados ESPQ**

Escala	Interpretación
C	Afectado por los sentimientos, emocionalmente poco estable y turbable.
D	Excitable, impaciente, exigente, hiperactivo y no inhibido.
F	Entusiasta, incauto y confiado.
G	Despreocupado o desatento con las normas.
J	Activo.
N	Prudente y perspicaz.
O	Aprensivo con sensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable y con autoreproches.
Q4	Tenso, frustrado, presionado e inquieto.

*F. STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (Spielberger, 1973 / Adaptación española por Fernández-Ballesteros, 1987)*

Los resultados obtenidos reflejan un percentil 90 en el estado de ansiedad y un percentil 99 en un patrón de rasgo de ansiedad dentro de su baremo de su edad y sexo.

G. TAMAI. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2015)*

Los resultados obtenidos, según el baremo de población general, indican una puntuación crítica de alta inadaptación general (G) debido a media-alta inadaptación personal (P), alta inadaptación escolar (E) y alta inadaptación social (S).

No presenta resultados constatables de insatisfacción ambiente familiar (F), insatisfacción con los hermanos (H), educación adecuada del padre (Pa), educación adecuada de la madre (M) o pro-imagen (PI). Aunque hay una alta discrepancia educativa (Dis) y altas contradicciones (Contr) de los progenitores debido a las limitaciones en la intervención educativa del padre por su estado de salud.

H. SENA. *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación (Fernández-Pinto et al., 2015)*

Los resultados se han contrastado entre diversos informadores: el propio interesado, su madre y la trabajadora familiar.

En el caso de los resultados del mismo menor, se pueden destacar los siguientes ítems críticos:

- Estresores traumáticos.
- Riesgo de agresión o daño a otros.
- Riesgo de conducta antisocial.
- Alteraciones del pensamiento o la percepción.
- Indicadores inespecíficos de problemas.

Las puntuaciones obtenidas por su madre, muestran una impresión negativa dado que conoce la condición de discapacidad y el malestar emocional de su hijo. El Índice global de problemas (GLO=61) con puntuación media-alta indica que la persona evaluada puede estar presentando varios problemas comórbidos. El índice de problemas emocionales (EMO=65) con puntuación media-alta sugiere síntomas relacionados con diferentes trastornos del estado de ánimo o emocionales en las escalas Depresión, Ansiedad, Ansiedad social y Quejas somáticas. El índice de problemas conductuales (CON=55) sugiere dificultades en Conducta desafiante. El índice de problemas en las funciones ejecutivas (EJE=57) no obtiene una puntuación significativa, excepto la puntuación media-alta en las escalas de Problemas de regulación emocional y Rigidez, así como la puntuación alta en Aislamiento. Se descarta el consumo de alcohol al contrastar la información con su madre. La informadora destaca los siguientes ítems críticos:

- Riesgo de autolesión.
- Riesgo de agresión o daño a otros.
- Riesgo de conducta antisocial.
- Comportamiento inusual.
- Riesgo de acoso escolar.
- Falta de apoyo social.
- Indicadores inespecíficos de problemas.

Las puntuaciones obtenidas por la trabajadora familiar muestran sintonía con los resultados de la madre. El Índice global de problemas (GLO=71) con una puntuación alta puede indicar un amplio rango de problemas comórbidos con niveles de afectación y malestar importantes, especialmente, en las escalas Ansiedad, Quejas somáticas y Problemas de control de la ira. El Índice de problemas emocionales (EMO=74) con puntuación alta sugiere dificultades para controlar el nivel de activación en diferentes situaciones o ante determinados estímulos y pensamientos, especialmente en las escalas de Ansiedad y Quejas somáticas. El Índice de problemas conductuales (CON=59) muestra algunas dificultades en Problemas de control de la ira y Agresión. El Índice de problemas en las funciones ejecutivas (EJE=62) con puntuación media-alta sugiere

Problemas de atención, Hiperactividad-impulsividad, Problemas de regulación emocional y Rigidez. El Índice de recursos personales (REC=56) con una puntuación media sugiere un nivel adecuado de recursos personales y sociales. La informadora destaca los siguientes ítems críticos:

- Riesgo de autolesión.
- Riesgo de agresión o daño a otros.
- Comportamiento inusual.
- Riesgo de acoso escolar.
- Falta de apoyo social.
- Indicadores inespecíficos de problemas.

I. *ITQ. International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2018 / Adaptación española por Fernández-Fillol et al., 2020)*

Los resultados obtenidos muestran que la experiencia más traumática tiene relación con los menores que le han acosado, insultado, humillado y agredido en repetidas ocasiones en Mijas. Focaliza los hechos en el menor “Luis”, que realizó hechos similares mientras cursaba primaria en la Escuela Tilo. La experiencia más reciente sucedió hace entre 6 y 12 meses, mientras que la experiencia más antigua entre 5 y 10 años.

**Tabla 5 . Resultados ITQ**

Escala	Interpretación
Re-experimentación en el aquí y el ahora (Re_dx)	P1 - Moderadamente P2 - Moderadamente
Evitación (Ev_dx)	P3 - Poco P4 - Extremadamente
Sensación actual de Amenaza (Am_dx)	P5 - Extremadamente P6 - Moderadamente
Deterioro funcional de TEPT (TEPT-DF)	P7 - Extremadamente P8 - Bastante P9 - Bastante
Desregulación afectiva (Da_dx)	C1 - Extremadamente C2 - Extremadamente
Autoconcepto negativo (An_dx)	C3 - Moderadamente C4 - Moderadamente
Alteraciones en las relaciones (Ar_dx)	C5 - Extremadamente C6 - Extremadamente
Deterioro funcional de la auto-organización (DFAO)	C7 - Bastante C8 - Extremadamente
Desregulación afectiva (Da_dx)	C9 - Extremadamente
Criterio diagnóstico	Trastorno de Estrés Post-Traumático Complejo con Deterioro Funcional en la auto-organización

## IV. DISCUSIÓN

### A. Valoración del daño

La condición de discapacidad viene causada por el TEA y el TDAH, así como el déficit visual y auditivo. Los principales síntomas del diagnóstico del TEA son dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, paralelamente a un patrón restrictivo y repetitivo de comportamiento, intereses o actividades. Mientras que el TDAH se caracteriza por un

patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Sigue tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico para ambas patologías.

El daño psicológico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación (Echeburúa et al., 2002). El daño psicológico al menor se relaciona directamente con repetidas y continuadas situaciones de acoso y agresiones al menor en la infancia y los últimos años, concomitantes con elevada ansiedad. Posteriormente, el menor muestra reexperimentación del miedo, aislamiento social, sentimientos de culpa, alteración emocional y conductual, estado de ánimo disfórico y síntomas disociativos. El característico funcionamiento psicopatológico del Trastorno de Estrés Postraumático. El menor manifiesta pánico cuando se encuentra con los agresores y la trabajadora familiar confirma el peripetuable estado mental del mismo. De forma que se establece nexo causal del acoso y las agresiones con el daño psicológico existente.

### B. *Trastorno por estrés postraumático (TEPT)*

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) está clasificado en la sección II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, también conocido como DSM-5-TR (2023). El hecho de constar en el manual mencionado conlleva que el trastorno es el resultado de rasgos duraderos que requieren tratamiento prolongado (Ogden y Prokott, 2019). Los estudios en TEPT sugieren que presentan una memoria poco precisa y negativa, así como cambios en otras funciones cognitivas (Moltrasio et al. 2021). Los hechos traumáticos pueden causar un desequilibrio del estado psicológico previo y la transgresión de las normas sociales, de forma que llegan a quebrar el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás (Echeburúa, 2004). Nadie pone en duda que la presencia de acontecimientos traumáticos puede afectar a la salud física y psicológica en cualquier etapa del desarrollo que se produzcan, pero si ocurren durante la infancia el impacto seguramente será más significativo puesto que afectará a una persona en evolución que requiere de especiales condiciones de estabilidad y protección (Varona, 2018). Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1), que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un delito violento (Echeburúa et al., 2000).

En el caso concreto, se aprecia la presencia de síntomas de desmoralización, quejas somáticas, malestar general, escasez de emociones positivas, ansiedad y propensión a la ira por falta de control de impulsos o de la conducta, reactivo a un trastorno mental con afectación a todos los aspectos personales y sociales de la vida diaria. De la sintomatología descrita, se deriva la necesidad de un elevado apoyo para la relación de las actividades cotidianas, con una marcada tendencia a la evitación y el aislamiento social debido a miedos incapacitantes tanto dentro como fuera de casa, así como sentimientos de desconfianza, indefensión, desesperanza e inseguridad. Incluso se hacen patentes síntomas disociativos a través de experiencias anormales. Además muestra un alto riesgo de hacerse daño a sí mismo o miembros del entorno familiar, considerando las entrevistas y los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas actuales. Las informantes, tanto la madre como la trabajadora familiar, constatan las anteriores conclusiones.

### C. *DSM-V-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*

A tenor de los resultados del análisis realizado y los datos obtenidos, podemos afirmar que presenta un conjunto de síntomas, con sucesos traumáticos de inicio en la infancia en relación con los presuntos agresores, que son compatibles con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático, y que se describen a continuación según el DSM-V-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2023) en la siguiente tabla.

**Tabla 6 . Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático**

Criterio	Descripción
A	Exposición a lesión grave, ya sea real o amenaza, en experiencia directa de los sucesos traumáticos (maltrato psicológico y físico).
B	Síntomas de intrusión asociados a los hechos traumáticos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos.</li> <li>2. Reacciones disociativas, como por ejemplo, conductas heteroagresivas o autolesivas en el entorno familiar.</li> <li>3. Malestar psicológico intenso y prolongado, como por ejemplo, no ir al colegio, no relacionarse con compañeros de clase, no pasear por Mijas o no sacar a su perro de asistencia</li> <li>4. Reacciones fisiológicas intensas, como por ejemplo, salir corriendo o quedarse paralizado al ver o pensar en los menores de los hechos denunciados.</li> </ol>
C	Evitación persistente de estímulos asociados a los hechos denunciados (sucesos traumáticos): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar y esforzarse en evitar recuerdos, pensamientos y sentimientos sobre los hechos denunciados.</li> <li>2. Evita recordatorios externos de los hechos denunciados, por ejemplo no visitar la plaza en que lo agredieron.</li> </ol>
D	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los hechos denunciados (sucesos traumáticos): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amnesia disociativa.</li> <li>2. Emociones y creencias negativas sobre sí mismo y los demás.</li> <li>3. Culpabilización a sí mismo de los hechos denunciados.</li> <li>4. Escasez de emociones positivas e incapacidad para experimentarlas.</li> <li>5. Pérdida de interés y participación en actividades importantes, por ejemplo no quiere sacar a su perro o falta habitualmente al colegio.</li> </ol>
E	Estado de alerta y síntomas asociados a los hechos denunciados (sucesos traumáticos): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritabilidad y ataques de agresividad verbal y física.</li> <li>2. Hipervigilancia.</li> <li>3. Problemas de concentración.</li> <li>4. Alteración del sueño.</li> </ol>
F	La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.
G	La alteración causa malestar clínicamente significativo y deterioro funcional importante en las áreas social, escolar y familiar.
H	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

#### D. Manipulación de síntomas

Respecto a una posible manipulación de los síntomas registrados, se descarta cualquier actitud de simulación o sobresimulación por varios motivos:

1. Los signos de sospecha propios de los simuladores (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000) no están presentes en este caso. Muestra un cuadro que encaja en el curso y la evolución de su psicopatología relacionado con los hechos denunciados.
2. El testimonio aportado cumple los factores suficientes para considerar su capacidad de testificar y valorar como plausiblemente creíble, tanto por la consistencia del relato como la concordancia sintomatológica. Por capacidad de testificar nos referimos a las aptitudes de la persona para percibir, recordar y expresar con rigor los sucesos de los que ahora tiene que informar (Contreras et al., 2015). Además, se constata con los testimonios aportados por la madre y la trabajadora familiar.

#### E. Tratamiento y pronóstico

Respecto a las posibilidades de tratamiento de la sintomatología que presenta el peritado, es recomendable que continúe tratamiento psicológico y psiquiátrico, así como otras intervenciones psicoeducativas en coordinación con la escuela y el resto de recursos a su disposición. También es conveniente tomar las acciones legales pertinentes para denunciar los hechos relatados y la reparación de los daños ocasionados. En caso de persistencia de conductas heteroagresivas o autolíticas, se recomienda ingreso hospitalario y tratamiento psiquiátrico hasta la estabilización psicopatológica.

Respecto al pronóstico, se evidencia la falta de herramientas de afrontamiento y la afectación en todos los ámbitos de su

vida diaria. Teniendo en cuenta el menor, puede afectar a su desarrollo infanto-juvenil y futuro. Además, cabe esperar que se agraven las secuelas psicológicas y la estabilidad sintomatológica de su estado mental mientras se mantengan los hechos denunciados y las consecuencias de estos.

#### F. Conclusiones y consideraciones forenses

En respuesta al objeto de la pericial psicológica solicitada y basándose en los resultados obtenidos a través de la exploración realizada, pueden señalarse las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Según el análisis de la credibilidad del testimonio practicado, se considera el testimonio aportado de los hechos denunciados como plausiblemente creíble. Ante la validez demostrada entre estos y su sintomatología.

SEGUNDA: Presenta sintomatología compatible con un F43.10 Trastorno de Estrés Postraumático.

TERCERA: El origen de la sintomatología se relaciona con sucesos traumáticos por exposición directa a situaciones de maltrato psicológico y físico por parte de menores desde temprana edad hasta la actualidad, lo que supone una secuela psicológica.

CUARTA: Dicha alteración psíquica del funcionamiento del estado mental genera un deterioro funcional en las actividades de la vida diaria, provocando así una afectación en su desarrollo evolutivo, su personalidad y sus esferas vitales.

QUINTA: Se recomienda el tratamiento psicológico y psiquiátrico, así como otras intervenciones psicoeducativas orientadas a mitigar la sintomatología descrita. En caso de persistencia de conductas heteroagresivas o autolíticas, se recomienda ingreso hospitalario y tratamiento psiquiátrico hasta su estabilización.

## V. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2023). DSM-V-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Médica Panamericana
- Berástegui, A. y Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, Vol. 15, 3, 293-306. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300004)
- Contreras, M. J., Silva, E., y Manzanero, A. L. (2015). Evaluación de capacidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 87-96. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113307401500070>
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178492/>
- DINCAT (2024). Prevención, detección e intervención en situaciones de abuso y maltrato en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (DID): ¿qué debemos tener en cuenta? Guía práctica para profesionales. Revisión del texto Deulofeu, M. <https://www.dincat.cat/wp-content/uploads/2021/03/guia-abusos-pdid-cast.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2000). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González (Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas en sucesos violentos. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2002): Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146. <https://www.psicothema.com/pdf/3484.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244. <https://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>
- Ellis, R. y Hendry, E.B. (1998). Do we all know the score?. *Child Abuse Review*, 7, 360-363.
- Etxeberria, X., Goikoetxea, M., Martínez, N., Pereda, T., Jauregi, A., Brosa, J., Posada, G. y García-Landarte, V. (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Bilbao: Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho71.pdf>
- Fang, Z., Cerna-Turoff, I., Zhang, C., Lu, M. Lachman, J. M. y Barlow, J. (2022). Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child & Adolescent Health*, 6 (5), 313-323. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(22\)00033-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00033-5/abstract)
- Fuentes, C. (2019). Los estudiantes con discapacidad, grupo de riesgo para el acoso escolar: una revisión bibliográfica. UCrea Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria (UC). <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/17651>

- Horner-Johnson, W. y Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disability: a review of recent published research. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, 57-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16435331/>
- Kennedy, M. (1996). Agresiones sexuales y discapacidad infantil. En J. Morris (Ed.) *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad* (pp. 139-159). Madrid: Narcea.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto de 2011, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 184, de 2 agosto de 2011. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- Manzanero, A. L. y José Luis González, J. L. (2015). Modelo Holístico de evaluación de la prueba testifical (HELPT). *Papeles del Psicólogo*, 36 (2), 125-138. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2568.pdf>
- Moltrasio, J., Aguilar, V. y Rubinstein, W. Y. (2021). Alteraciones y sesgos de memoria en el Trastorno por estrés postraumático y Estrés Traumático Secundario: Una revisión sistemática. *Sociedad de Neuropsicología Argentina. Revista Argentina de Neuropsicología*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157476>
- Perpiñá, C. y Baños, R. M. (2019). *Manual básico de exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre de 2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
- Varona Martínez, Gema (2018). *Victimología: en busca de un enfoque integrador para repensar la intervención con víctimas*. Navarra: Aranzadi
- Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A. (2002). El abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3482>