



Desarrollo evolutivo y psicopatología infanto-juvenil



Dr. Juan Antonio Amador Campos

Profesor emérito. Catedrático de Evaluación Psicológica

Dra. Virginia Krieger

Profesora lectora

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.

Universidad de Barcelona.

Junio, 2026

Resumen

La evaluación forense de menores ha de tener en cuenta el estado evolutivo de menor y atender a los contextos en los que se desarrolla, fundamentalmente casa y escuela, por su carácter influyente y determinante. La evaluación ha de basarse en criterios adaptados y no puede basarse en criterios adultos. Todo juicio sobre testimonio, imputabilidad, credibilidad, daño psíquico o capacidad de comprensión debe interpretarse a la luz del nivel de desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente evaluado

Palabras clave: Desarrollo evolutivo, evaluación forense, psicopatología infantojuvenil, neuropsicología del desarrollo, imputabilidad en menores

Índice

1. Hitos del desarrollo cognitivo, emocional y moral como marco interpretativo de toda evaluación forense de menores	4
2. Psicopatología del trauma en el desarrollo: manifestaciones diferenciales de la victimización crónica según la etapa evolutiva.	10
3. Controversias sobre la validez y la traducibilidad del diagnóstico clínico al ámbito forense: límites del DSM/CIE en contexto pericial	14
4. Neuropsicología del desarrollo y trastornos del neurodesarrollo en contextos periciales	16
5. Diagnóstico diferencial de los principales cuadros psicopatológicos en la infancia y la adolescencia con repercusión en los contextos periciales	23
6. Psicopatología emergente en la adolescencia: trastornos de personalidad y conducta antisocial; implicaciones forenses	32
7. Imputabilidad y responsabilidad penal en menores	36
8. Bibliografía útil comentada	39

1. Hitos del desarrollo cognitivo, emocional y moral como marco interpretativo de toda evaluación forense de menores.

La evaluación forense de menores ha de tener en cuenta el estado evolutivo de menor y atender a los contextos en los que se desarrolla, fundamentalmente casa y escuela, por su carácter influyente y determinante. La evaluación ha de basarse en criterios adaptados y no puede basarse en criterios adultos. Todo juicio sobre testimonio, imputabilidad, credibilidad, daño psíquico o capacidad de comprensión debe interpretarse a la luz del nivel de desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente evaluado. Los hitos del desarrollo constituyen, por tanto, un marco epistemológico imprescindible para evitar errores de atribución, sobre interpretaciones o conclusiones técnicamente inválidas.

1.1. Por qué el enfoque evolutivo es “obligatorio” en evaluación forense de menores

1.1.1. Principio de ajuste evolutivo (“developmental fit”)

- En menores, las capacidades de narración, comprensión de intenciones, regulación, toma de perspectiva y razonamiento moral cambian con la edad; por tanto, la misma conducta (p. ej., incoherencias, pasividad, sobre acomodación al adulto, impulsividad) puede tener significados distintos según el tramo evolutivo.
- Las guías profesionales enfatizan la planificación, los métodos de evaluación y de comunicación de resultados coherentes con el estado de conocimientos actual, la competencia del evaluador y la adecuación cultural, lo que incluye integrar conocimiento evolutivo y del contexto en la interpretación de los resultados de la evaluación.

1.1.2. Implicación práctica

- En vez de preguntar “¿miente o dice la verdad?”, el enfoque evolutivo obliga a preguntar: ¿Está en condiciones de codificar, recordar y comunicar lo ocurrido?
¿Hay factores del desarrollo (lenguaje, memoria, Teoría de la Mente, regulación, moralidad) que modulen su relato o su conducta?

1.2. Hitos del desarrollo por dominios y tramos de edad (con implicaciones forenses)

A. 0–2 años (lactancia / primera infancia)

Cognitivo

- Predomina la exploración sensorio-motriz y la comunicación pre-verbal; la evidencia directa del menor suele requerir observación e informes de cuidadores/registros.

Emocional

- La regulación es mayoritariamente co-regulada por el adulto; la capacidad de autorregulación emerge gradualmente desde la dependencia total hacia estrategias iniciales en la primera infancia.
- La seguridad del vínculo (apego) muestra estabilidad moderada y se asocia a trayectorias socioemocionales; los cambios contextuales (estrés, maltrato, separaciones) pueden alterar las trayectorias.

Moral (proto-moral)

- Respuestas tempranas a la angustia ajena y bases de empatía que dependen en gran parte del entorno y de la regulación temprana. En casos de custodia/protección: priorizar la evaluación de las condiciones de cuidado: sensibilidad parental, rutinas, seguridad y señales observables del menor (afecto, regulación, interacción).

B. 3–5 años (preescolar)

Cognitivo

- Se consolida el lenguaje y la narración, pero con limitaciones en temporalidad, cantidades y detalles; la entrevista debe ajustarse al nivel lingüístico y evitar sobrecarga.
- Teoría de la mente (ToM): durante estos años se observa un avance hacia formas más explícitas de comprensión mentalista (creencias/deseos), con debate sobre componentes implícitos vs. explícitos y su continuidad.

Emocional

- Crecen estrategias de autorregulación y afrontamiento, todavía inestables; el estrés puede desorganizar la regulación y afectar la conducta y el relato.

Moral

- Emergen con más claridad emociones morales (culpa, vergüenza, empatía) vinculadas a socialización y regulación; la seguridad de apego se asocia a moralidad prosocial (p. ej., empatía/culpa).

- Credibilidad/entrevista: mayor vulnerabilidad a malentendidos y a formatos inadecuados. Se recomienda utilizar entrevistas basadas en evidencia y preguntas no sugestivas.
- Daño/impacto: regresiones, cambios de sueño, juego traumático o irritabilidad deben interpretarse con prudencia (no son “prueba” por sí mismos), integrándolos en un análisis multimétodo y multiinformante.

C. 6–11 años (escolar)

Cognitivo

- Mejora la atención y la memoria de trabajo; aumentan las habilidades para narrar con estructura, aunque aún puede haber lagunas y dificultades con inferencias.
- Crece la comprensión de reglas, intenciones y coordinación de perspectivas, apoyada por avances en ToM y lenguaje.

— Emocional

- Consolidación progresiva de regulación y habilidades sociales; la calidad del contexto familiar y emocional es relevante para el desarrollo de la regulación.

Moral

- El razonamiento moral se vuelve más sofisticado: se observa un equilibrio entre igualdad, mérito y necesidad. Los niños ya ponderan justicia/daño con creciente complejidad.

D. 12–14 años (adolescencia temprana)

Cognitivo

- Continúa la maduración de funciones ejecutivas; la evidencia muestra que durante adolescencia las funciones ejecutivas “frías” y “calientes” aún están en desarrollo.
- El desarrollo del córtex prefrontal sostiene el control e integración para la toma de decisiones; su maduración es tardía y la adolescencia es un periodo de elevada plasticidad y vulnerabilidad a “insultos” o daños cerebrales.

Emocional

- Aumenta la reactividad emocional y la variabilidad; la regulación mejora de forma progresiva, vinculada a la maduración del córtex prefrontal y a los contextos familiar, escolar y emocional.

Moral

- La adolescencia es periodo clave para la consolidación progresiva de identidad/valores y modelos dinámicos de socialización moral; se fortalecen los vínculos entre emoción moral, motivaciones y conducta.

E. 15–17 años (adolescencia media-tardía)

Cognitivo

- Mejora progresiva del control ejecutivo y la metacognición, pero con heterogeneidad interindividual; las funciones ejecutivas “calientes” (decisión bajo emoción/pares) puede ir por detrás de las “frías”.

Emocional

- Se esperan estrategias más complejas de regulación, aunque el contexto (familia, escuela, grupo de pares, estrés, trauma) puede modular trayectorias de mejora.

Moral

- Mayor sofisticación en dilemas, justicia inter grupal y agencia moral; se integran principios, pertenencia y emociones morales.

La tabla 1 recoge los hitos del desarrollo y las implicaciones forenses asociadas a la evaluación según la etapa evolutiva.

Tabla 1. Hitos del desarrollo e implicaciones forenses asociadas a la evaluación y valoración del caso.

Etapa evolutiva	Implicaciones forenses
A. 0–2 años (lactancia / primera infancia)	— Alto riesgo de sugestionabilidad. — Relatos poco organizados temporalmente. — Falta de comprensión del significado legal de los hechos.
B. 3–5 años (preescolar)	— Necesidad de entrevistas altamente estructuradas y adaptadas al lenguaje infantil.
C. 6–11 años (escolar)	— Mayor fiabilidad narrativa, pero aún vulnerable a preguntas capciosas.

	— Comprensión parcial de normas, intenciones y consecuencias. — Puede comprender hechos, pero no siempre su relevancia jurídica. — En casos de custodia/conflictividad: el menor puede expresar preferencias, pero estas deben evaluarse considerando lealtades, ansiedad, presión y comprensión del conflicto; las guías subrayan el interés superior y la práctica informada por evidencia. — En casos de victimización: incrementar soporte a la narración (línea temporal, clarificación de significados) sin introducir contenido; seguir recomendaciones de entrevistas basadas en investigación.
D. 12–14 años (adolescencia temprana)	— Capacidad creciente para comprender procedimientos judiciales. — Mejor valoración de la intencionalidad. — Aun así, maduración incompleta de las funciones ejecutivas y del control ejecutivo (clave en adolescencia). — En casos de conductas de riesgo/impulsividad: interpretar en clave de “desfase” entre desarrollo socioemocional y control ejecutivo (sin “exculpar automáticamente”); describir capacidades concretas (planificación, inhibición, toma de perspectiva). — En casos de competencia / responsabilidad: la evaluación debe detallar comprensión, razonamiento, control y susceptibilidad a influencia, en lugar de asumir “capacidad adulta” por edad cronológica.
E. 15–17 años (adolescencia media-tardía)	— Sigue la maduración de las funciones ejecutivas — Mejora la capacidad para comprender procedimientos judiciales. — Mejora la valoración de la intencionalidad. — Evaluación: seguir recomendaciones basadas en evidencia para minimizar contaminación de memoria y maximizar información fiable. — Riesgo y rehabilitación: formular riesgo/necesidades de forma evolutiva (autorregulación, pares, identidad, valores), evitando inferir “rasgos estables” sin base longitudinal.

1.3. Recomendaciones para la evaluación y la valoración.

- El silencio, la incoherencia o la retraumatización no implican falsedad.
- Las reacciones emocionales no son lineales.

- El daño psíquico debe evaluarse considerando:
 - La edad.
 - La historia de apego.
 - La capacidad cognitiva
 - Los recursos emocionales y de apoyo personal y del contexto disponibles.
- La culpa expresada por un menor no equivale a responsabilidad penal.
- La transgresión puede no implicar comprensión plena del daño causado.
- En víctimas, puede aparecer culpa moral inmerecida (“yo provoqué...”).
- Fundamental distinguir entre:
 - Comprensión normativa.
 - Comprensión emocional.
 - Comprensión jurídica

1. 4. Integración forense: por qué este marco es esencial

Una evaluación forense válida debe responder siempre a estas preguntas:

- ¿Este menor **podía comprender** lo que ocurría?
- ¿Podía **anticipar consecuencias**?
- ¿Tenía capacidad para **consentir, resistirse o narrar**?
- ¿Cómo afecta su edad y nivel evolutivo a la **fiabilidad del testimonio**?
- ¿Cómo se manifiesta el daño psíquico **a esa edad concreta**?

1.5. Principios técnicos fundamentales de la evaluación y valoración

- Evitar adulto morfismo.
- Evaluación evolutivamente informada (adaptada a la edad, y nivel evolutivo cognitivo, emocional y desarrollo moral).
- Lenguaje, pruebas y entrevistas adaptadas, válidas y fiables.
- Interpretación de los resultados de la evolución contextualizada, no literal.

En resumen, los hitos del desarrollo cognitivo, emocional y moral no son un complemento, sino el eje interpretativo central de toda evaluación forense de menores. Ignorarlos convierte una evaluación y el informe derivado en técnicamente débil; integrarlos permite evaluaciones científicamente válidas, éticamente responsables y jurídicamente útiles.

2. Psicopatología del trauma en el desarrollo: manifestaciones diferenciales de la victimización crónica según la etapa evolutiva.

El trauma del desarrollo se refiere a experiencias adversas tempranas, repetidas y generalmente interpersonales (negligencia, violencia, abuso, inestabilidad relacional) que afectan la maduración emocional, cognitiva, neurobiológica y social del niño o adolescente. Este patrón está en la base de lo que la literatura denomina **trauma complejo**, caracterizado por déficits persistentes en la regulación afectiva,

- alteraciones del autoconcepto,
- relaciones interpersonales disfuncionales,
- dificultades en el control del impulso,
- síntomas disociativos y somatomorfos

La psicopatología del trauma en el desarrollo parte de una premisa fundamental: el impacto de la victimización crónica no es uniforme, sino que depende de forma decisiva del **momento evolutivo** en el que se produce, de su carácter interpersonal y de la disponibilidad (o ausencia) de figuras protectoras.

A diferencia del trauma agudo en la edad adulta, el trauma temprano y prolongado altera procesos nucleares del desarrollo psicológico —apego, regulación emocional, identidad, mentalización y control conductual— configurando trayectorias psicopatológicas complejas que no siempre encajan en categorías diagnósticas tradicionales. Las alteraciones psicopatológicas resultantes no pueden comprenderse sin atender a la etapa del desarrollo en la que el trauma se inscribe.

2.1 Características del trauma del desarrollo

- Ocurre en periodos sensibles del neurodesarrollo.
- Suele implicar figuras cuidadoras.

- Genera patrones relacionales desorganizados.
- Produce síntomas transdiagnósticos (no siempre encajan en el Trastorno de Estrés Postraumático, TEP, clásico).

2.2. Bases neurobiológicas y psicológicas

El trauma temprano altera la maduración del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, HPA, (sistema neuroendocrino que controla la respuesta del cuerpo al estrés), la integración sensoriomotora y la conectividad entre amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. Estas alteraciones explican la hipervigilancia, la impulsividad, la disociación y la dificultad para regular emociones.

2.2.1 Impacto en el apego

- Apego inseguro o desorganizado.
- Dificultad para confiar en figuras protectoras.
- Estrategias de supervivencia relacional (hiperactivación o desconexión).

2.2.2 Impacto en la regulación emocional

- Respuestas de afrontamiento/escape congeladas.
- Dificultad para identificar y modular emociones.
- Vulnerabilidad a trastornos afectivos.

2.3. Manifestaciones diferenciales por etapa

2.3.1. Primera infancia (0–5 años): trauma y organización básica del psiquismo

En la primera infancia, el trauma impacta sobre los sistemas fundacionales del desarrollo. La victimización crónica suele manifestarse indirectamente, a través de:

- alteraciones en el apego (apego desorganizado),
- dificultades graves en la autorregulación fisiológica y emocional,
- retrasos o disarmonías del desarrollo,
- conductas de retraimiento extremo o hiperactivación persistente.
- somatizaciones.

— juego repetitivo o traumático

En esta etapa no puede hablarse aún de síntomas “postraumáticos” clásicos; el trauma se expresa como una organización deficitaria del funcionamiento psicológico, con efectos estructurantes a largo plazo.

2.3.2. Infancia media (6–11 años): externalización, disociación y fracaso de la simbolización

Durante la infancia media, cuando se consolidan las capacidades cognitivas y sociales, la victimización crónica suele expresarse mediante:

- problemas de conducta y control del impulso,
- dificultades atencionales y de aprendizaje,
- estados disociativos (desconexión, ensimismamiento, amnesia),
- ansiedad difusa y síntomas somáticos inespecíficos
- baja autoestima y retraimiento social.

Es frecuente la confusión diagnóstica (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje), ya que el foco suele ponerse en la conducta observable y no en el historial traumático subyacente.

2.3.3. Adolescencia: identidad, autodestrucción y trauma relacional

La adolescencia constituye una etapa particularmente vulnerable para quienes han sufrido victimización crónica previa. La reactivación del trauma se ve favorecida por los procesos normativos de búsqueda de identidad y autonomía. Las manifestaciones más frecuentes incluyen:

- conductas de riesgo.
- conductas autolesivas y suicidas,
- abuso de sustancias,
- reexperimentación traumática con pobre *insight*,
- relaciones interpersonales intensas, inestables, caóticas o violentas,
- sintomatología disociativa compleja

— crisis de identidad.

En este periodo emerge con claridad la intersección entre trauma complejo y trastornos de la personalidad en formación, lo que exige una evaluación clínica y forense especialmente cuidadosa.

En muchos casos, el trauma temprano no es identificado hasta que se realiza una evaluación clínica, o en contextos periciales, donde aparece indirectamente vinculado a problemas de salud mental, conductuales o relacionales.

2.4. Implicaciones diagnósticas y conceptuales

La psicopatología del trauma evolutivo cuestiona los enfoques diagnósticos puramente categoriales. Entre los principales desafíos destacan:

- la insuficiencia del TEPT clásico para describir trayectorias complejas,
- la superposición diagnóstica y la alta comorbilidad,
- el riesgo de sobre diagnosticar trastornos de personalidad sin análisis del trauma,
- la necesidad de formular modelos dimensionales y longitudinales.

La CIE-11, con la incorporación del trastorno por estrés postraumático complejo, representa un avance, aunque persisten importantes lagunas empíricas.

2.5. Implicaciones profesionales

Desde una perspectiva profesional, es esencial tener en cuenta que:

1. El trauma en el desarrollo no es un evento, sino un proceso.
2. Las manifestaciones psicopatológicas son dependientes de las etapas del desarrollo.
3. La conducta problemática suele ser un lenguaje del trauma, no un rasgo primario.
4. La evaluación debe integrar historia evolutiva, contexto relacional y función de los síntomas.
5. El diagnóstico sin formulación traumática es clínicamente y éticamente insuficiente.

3. Controversias sobre la validez y la traducibilidad del diagnóstico clínico al ámbito forense: límites del DSM/CIE en contexto pericial

Los sistemas diagnósticos psiquiátricos —principalmente el DSM y la CIE-11 son los principales sistemas de clasificación diagnóstica. Han sido diseñados con una finalidad esencialmente clínica y epidemiológica. Su objetivo principal es facilitar la comunicación entre profesionales, orientar el tratamiento y favorecer la investigación empírica. La diferencia clave es que el sistema DSM se centra exclusivamente en trastornos mentales con fines clínicos/investigación, mientras que la CIE-11 es una clasificación global de todas las enfermedades, incluyendo trastornos mentales para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria. Además, desde una perspectiva del diagnóstico, el DSM se enfoca en criterios diagnósticos estrictos y descripciones precisas, mientras que la CIE adopta un enfoque más amplio en la funcionalidad y características actuales del trastorno. Aunque ambos sistemas han intentado armonizar sus criterios en las versiones más recientes (DSM-5-TR, CIE-11), persisten diferencias en la conceptualización de trastornos específicos como el trastorno bipolar tipo II o trastornos de personalidad, por ejemplo.

Estos sistemas, especialmente el DSM-5-TR, son frecuentemente utilizados en el ámbito forense, en el que las preguntas a responder son de naturaleza **jurídica y normativa, no clínica**. Esta traslación genera una tensión estructural: el diagnóstico clínico describe **síndromes y patrones de funcionamiento**, mientras que el derecho exige valoraciones sobre **capacidad, responsabilidad, imputabilidad, riesgo o daño**, categorías que no se derivan automáticamente de la presencia de un trastorno mental.

3.1. La validez diagnóstica: un problema persistente

Uno de los debates clásicos, reavivado en los últimos años, concierne a la distinción entre fiabilidad y validez diagnóstica. Aunque el DSM nació históricamente para mejorar la fiabilidad inter evaluadores, numerosos estudios muestran que la fiabilidad moderada o baja de muchos diagnósticos compromete su validez, particularmente cuando se emplean en decisiones jurídicas. En contextos forenses, donde se realizan valoraciones retrospectivas y no colaborativas, estas limitaciones se intensifican.

3.2. El problema de los falsos positivos y el sobrediagnóstico

Autores como Wakefield (2015) han señalado de forma reiterada el riesgo de expansión diagnóstica del DSM, con umbrales cada vez más bajos que aumentan los falsos positivos.

Este problema resulta especialmente crítico en el ámbito pericial, en el que la simple presencia de un diagnóstico puede interpretarse erróneamente como evidencia de disfunción legalmente relevante. El diagnóstico no se traduce automáticamente a:

- capacidad de obrar,
- consentimiento válido,
- credibilidad del testimonio,
- daño psicológico indemnizable.

3.3. Diagnóstico categorial y toma de decisiones jurídicas

Los sistemas diagnósticos favorecen razonamientos dicotómicos (“hay / no hay trastorno”) incompatibles con la lógica gradual del derecho penal y civil. La falta de correspondencia directa entre categoría diagnóstica y grado de afectación funcional es uno de los principales límites de su traducibilidad pericial.

Los diagnósticos psiquiátricos son constructos clínicos, no entidades biológicas demostradas. Esto afecta su fuerza probatoria en tribunales. Uno de los errores más frecuentes en la práctica pericial es el **salto inferencial** que va del diagnóstico al supuesto efecto jurídico (por ejemplo, de “trastorno mental” a “afectación de la imputabilidad”). Ni el DSM-5-TR ni la CIE-11 establecen criterios para evaluar:

- control de los impulsos jurídicamente relevante,
- comprensión normativa del acto,
- capacidad volitiva en el momento de los hechos.

El diagnóstico describe síntomas, pero el derecho evalúa:

- voluntad,
- juicio,
- intencionalidad,
- autocontrol,
- credibilidad.

Así, el diagnóstico puede ser **condición necesaria pero nunca suficiente** para una conclusión legal. Esta distinción es clave para evitar errores como la reificación diagnóstica, donde se confunde “tener un diagnóstico” con “ser o no ser responsable”.

La propia APA advierte explícitamente que el DSM no fue diseñado para fines forenses y que su uso en este ámbito exige cautela metodológica. Esto implica que el diagnóstico no determina:

- posible imputabilidad,
- incapacidad civil,
- daño psíquico,
- riesgo delictivo.

La tabla 2 recoge algunos aspectos diferenciales entre la evaluación clínica y la forense.

Tabla 2. Diferencias entre evaluación clínica y forense

Dimensión	Clínica	Forense
Objetivo	Aliviar sufrimiento, orientar tratamiento	Determinar capacidades, responsabilidad, daño
Relación	Terapéutica	Evaluativa, no terapéutica
Método	Entrevista clínica, exploración de diferentes áreas de funcionamiento	Análisis funcional, contraste documental, validez
Criterios	DSM-5-TR / CIE-11	Código penal, civil, jurisprudencia
Producto final	Diagnóstico	Dictamen pericial

4. Neuropsicología del desarrollo y trastornos del neurodesarrollo en contextos periciales

La neuropsicología del desarrollo estudia la relación entre la maduración cerebral, los procesos cognitivos y la conducta a lo largo del ciclo vital. Los trastornos del neurodesarrollo (TND) son un conjunto de alteraciones que se originan en el desarrollo temprano del sistema nervioso, generalmente antes de la adolescencia, y que afectan de manera significativa el funcionamiento cognitivo, conductual, adaptativo, emocional o social. Bajo la categoría de TND se agrupan condiciones heterogéneas, entre las que destacan:

- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH)
- Discapacidad intelectual (DI)
- Trastornos específicos del aprendizaje
- Trastornos del desarrollo de la comunicación
- Trastornos motores del desarrollo.

Sus características comunes incluyen:

- Inicio temprano (infancia o primera niñez).
- Curso crónico, aunque con variabilidad en la evolución.
- Afectación de funciones básicas: atención, lenguaje, aprendizaje, regulación emocional, habilidades sociales o motricidad.
- Impacto significativo en la autonomía y la adaptación al entorno.
- Alta variabilidad interindividual
- Heterogeneidad, ya que cada trastorno presenta distintos niveles de severidad y necesidades de apoyo.
- Influencia decisiva del contexto ambiental.

En el ámbito clínico, los TND se conceptualizan como alteraciones tempranas, estables y dimensionales. Sin embargo, cuando estos diagnósticos se trasladan al contexto pericial, surgen tensiones conceptuales y metodológicas específicas. Al perito no se le requiere para describir un perfil neuropsicológico, sino para responder a preguntas jurídico-funcionales: capacidad de comprensión, autodeterminación, competencia parental, credibilidad del testimonio, necesidad de apoyos o adaptación del procedimiento. La clave no es el diagnóstico, sino su impacto funcional relevante para el derecho.

4.1. Trastorno del espectro autista (TEA) en evaluación pericial

El TEA es una alteración del neurodesarrollo que afecta la forma en que una persona percibe, procesa y se relaciona con el mundo. Se caracteriza principalmente por dificultades en la comunicación e interacción social, junto con patrones de comportamiento repetitivos e intereses restringidos, cuya intensidad y manifestación

varían ampliamente entre individuos, razón por la que se denomina espectro. Los síntomas suelen aparecer en la primera infancia, a menudo antes de los 2–3 años, e incluyen menor contacto visual, dificultades para comprender normas sociales implícitas, uso literal del lenguaje, necesidad de rutinas y reacciones inusuales a estímulos sensoriales. Aunque no existe una cura, la evidencia muestra que la intervención temprana y los apoyos continuados pueden mejorar significativamente la autonomía y la calidad de vida.

En contextos periciales, existe el riesgo de sobre generalizar las limitaciones funcionales a partir del diagnóstico, ignorando el nivel cognitivo, el lenguaje, la experiencia vital y los apoyos disponibles. El diagnóstico de TEA no implica automáticamente afectación de la competencia ni de la credibilidad, aunque sí puede requerir ajustes procedimentales.

Aspectos críticos en evaluación pericial:

- Comprensión pragmática del lenguaje,
- Interpretación de normas sociales implícitas,
- Procesamiento literal vs. contextual,
- Respuesta al estrés y a la ambigüedad.

Características relevantes en contexto forense

- Dificultades en comunicación social → impacto en credibilidad del testimonio.
- Rigidez cognitiva → impacto en intencionalidad.
- Vulnerabilidad a victimización → impacto en daño psíquico.
- Interpretación literal del lenguaje → riesgo en interrogatorios.
- Conductas repetitivas → malinterpretación como “frialidad” o “falta de empatía”.

Riesgos periciales frecuentes

- Confundir TEA con trastorno psicótico.
- Interpretar rigidez como desafío.
- No adaptar la entrevista.

4.2. TDAH: funciones ejecutivas y responsabilidad conductual

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia. Se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que suele manifestarse antes de los 12 años y puede continuar en la vida adulta. Las personas con TDAH pueden presentar dificultades para concentrarse, organizar tareas, controlar impulsos o mantenerse quietas, lo que afecta su rendimiento escolar, laboral y sus relaciones sociales. Existen tres presentaciones principales: predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva-impulsiva y combinada, cada una con un perfil de síntomas específico. Aunque sus causas no se conocen por completo, la evidencia señala un fuerte componente genético y alteraciones en neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina. El tratamiento suele incluir terapia conductual, apoyo educativo y, en muchos casos, medicación, lo que permite mejorar significativamente la calidad de vida.

El TDAH plantea desafíos periciales específicos debido a su alta prevalencia, su prolongación en la edad adulta y su frecuente asociación con conductas de riesgo.

Desde la neuropsicología del desarrollo, el TDAH se caracteriza por déficits en:

- inhibición conductual,
- atención sostenida,
- autorregulación emocional,
- planificación y monitorización.

En el ámbito forense, el principal riesgo es la **confusión entre explicación y exculpación**. Las dificultades ejecutivas pueden informar sobre el estilo de funcionamiento, pero rara vez justifican por sí solas una exención de responsabilidad.

Características relevantes

- Impulsividad → impacto en autocontrol.
- Dificultad para mantener la atención → impacto en credibilidad.
- Baja tolerancia a la frustración → riesgo de conductas disruptivas.
- Déficits ejecutivos → impacto en responsabilidad penal en menores.

Riesgos periciales

- Sobrediagnóstico.
- Confusión con trastornos de conducta.

— No valorar comorbilidades (TEA, trauma, consumo).

4.3. Discapacidad Intelectual (DI)

La DI es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y las pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo. Estas dificultades suelen manifestarse antes de los 18 años, influyendo en el aprendizaje, la resolución de problemas, la comunicación y la autonomía en la vida diaria. Las personas con discapacidad intelectual pueden presentar retrasos en hitos del desarrollo, dificultades en el lenguaje, problemas de memoria y desafíos para comprender normas sociales o desenvolverse de manera independiente. Su origen es diverso e incluye factores genéticos, prenatales, perinatales y ambientales. La severidad varía desde leve hasta profunda, y el impacto depende tanto de las características individuales como de los apoyos disponibles en el entorno, los cuales pueden mejorar significativamente su funcionamiento y calidad de vida.

La discapacidad intelectual presenta una relevancia directa en múltiples ámbitos periciales (penal, civil, familia, laboral). Sin embargo, su evaluación no puede reducirse al CI.

Características relevantes

— Limitaciones en razonamiento abstracto → impacto en comprensión de normas.

- Vulnerabilidad a manipulación → impacto en credibilidad.
- Dificultad para anticipar consecuencias → impacto en imputabilidad.
- Funcionamiento adaptativo como criterio central.

Aspectos clave de la evaluación:

- funcionamiento adaptativo real,
- habilidades conceptuales, sociales y prácticas,
- variabilidad situacional del rendimiento,
- influencia del estrés, la vulnerabilidad a la sugestión y la dependencia interpersonal.

Riesgos periciales

En contextos periciales, la DI debe analizarse siempre en relación con la tarea jurídica concreta (comprender un proceso judicial, consentir un contrato, ejercer la patria potestad), evitando categorizaciones globales.

4.4. Aspectos clave en una evaluación forense de un TND

En el ámbito forense, evaluar un TND requiere un enfoque más amplio que el clínico, porque las conclusiones pueden influir en responsabilidad penal, credibilidad del testimonio, capacidad civil, riesgo de victimización o necesidad de apoyos judiciales.

4.5. Proceso y áreas de evaluación en evaluación forense de los TND

4.5.1. Historia del desarrollo

Es imprescindible reconstruir el desarrollo temprano: hitos motores, lenguaje, escolarización, diagnósticos previos, apoyos recibidos y antecedentes familiares. Esto ayuda a diferenciar un TND de trastornos adquiridos o simulación.

4.5.2. Evaluación neuropsicológica completa

Debe incluir pruebas estandarizadas de:

- Inteligencia
- Funciones ejecutivas: Atención, Memoria, Control de la Inhibición, Planificación, etc.
- Lenguaje
- Habilidades adaptativas.

En evaluación forense, es crucial analizar consistencia, esfuerzo y validez de la respuesta.

4.5.3. Capacidades adaptativas y funcionamiento real

En el ámbito legal importa menos el CI aislado y más cómo se desenvuelve la persona en la vida diaria:

- Comprensión de normas
- Autonomía
- Manejo del dinero
- Comunicación funcional
- Vulnerabilidad a la manipulación, etc.

4,5,4. Comprensión de normas legales y consecuencias

Se evalúa si la persona:

- Comprende lo que es un delito
- Entiende la ilicitud de sus actos
- Puede anticipar consecuencias
- Puede participar adecuadamente en un proceso judicial

4.5.5. Análisis del comportamiento en el hecho delictivo

Se examina si los síntomas del TND influyeron en:

- Impulsividad
- Falta de juicio
- Dificultad para inhibir conductas
- Comprensión limitada de la situación
- Vulnerabilidad a coacción o manipulación

4.5.6. Riesgo de victimización o de ser sugestionado

Las personas con TND pueden ser más vulnerables a:

- Ser manipuladas

- Confesar falsamente
- No entender sus derechos
- Ser víctimas de abuso

Esto debe constar explícitamente en el informe.

4.5.7. Diferenciación con simulación o exageración

En contexto forense es obligatorio incluir:

- Pruebas de validez
- Análisis de inconsistencias
- Revisión de documentación previa

4.5.8. Recomendaciones de apoyo y medidas judiciales

El informe debe proponer:

- Adaptaciones comunicativas
- Necesidad de tutor legal o apoyos
- Tratamientos o intervenciones específicas

5. Diagnóstico diferencial de los principales cuadros psicopatológicos en la infancia y la adolescencia con repercusión en los contextos periciales.

El diagnóstico diferencial en infancia y adolescencia es uno de los procesos más complejos de la psicología clínica y forense. La superposición de síntomas, la variabilidad evolutiva y la influencia del contexto familiar, escolar y social dificultan la identificación precisa de los trastornos. En evaluación clínica y forense el diagnóstico no es una conclusión pericial, sino un instrumento descriptivo que hay que traducir a hipótesis funcionales con relevancia jurídica. No basta con diagnosticar, sino que es necesario traducir el diagnóstico a capacidades jurídicas, valorar credibilidad, daño, intencionalidad, autocontrol y funcionamiento adaptativo. En definitiva, no todo síntoma clínico tiene relevancia jurídica.

5.1. Principios del diagnóstico diferencial en menores

5.1.1. Variabilidad evolutiva

Los síntomas cambian según la edad, por ejemplo, la depresión en niños se expresa más como irritabilidad que como tristeza.

5.1.2. Multifinalidad y equifinalidad

- Multifinalidad: un mismo factor (p. ej., trauma) puede generar distintos trastornos.
- Equifinalidad: distintos factores pueden producir un mismo cuadro (p. ej., inatención por TDAH, ansiedad o trauma).

5.1.3 Comorbilidad elevada

Es habitual que un menor cumpla criterios de varios trastornos simultáneamente. La comorbilidad es la norma, no la excepción.

5.1.4 Importancia del contexto

El entorno familiar, escolar y comunitario modula la expresión de los síntomas. El diagnóstico debe diferenciar trastorno mental frente a la respuesta adaptativa al contexto.

Las tablas 3 y 4 recogen el diagnóstico diferencial de algunos trastornos con relevancia pericial, según el DSM-5-TR (Tabla 3), y según la CIE-11 (Tabla 4); la Tabla 5 recoge una comparación entre los sistemas DSM-5-TR y CIE-11.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de algunos trastornos con relevancia pericial

Trastorno	Diagnóstico diferencial con:	Claves diferenciales DSM-5-TR	Riesgo pericial
TDAH	-Trastornos de ansiedad. -Trastornos traumáticos. -Trastornos del apego. - Trastornos del espectro autista (TEA).	-Persistencia y ubicuidad de los síntomas. - Inicio temprano. -Deterioro funcional en al menos dos contextos.	- Confundir desregulación emocional o trauma con TDAH. - Utilizar el diagnóstico para explicar conductas sin valorar voluntariedad, control de impulsos y contexto.
Trastornos de ansiedad vs. Trastornos	- Ansiedad generalizada, fobias y ansiedad por separación vs.	- Expresiones conductuales del trauma en niños.	- Fundamental distinguir: Hipervigilancia por ansiedad de

traumáticos (TEPT)	TEPT y TEPT en menores de 6 años.	- Síntomas no verbales (juego repetitivo, re-es escenificación). - Cambios emocionales y relacionales persistentes.	Hipervigilancia traumática. - Error frecuente: exigir un relato “coherente y verbal” del trauma infantil.
Trastornos depresivos vs. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DMDD)	- Trastorno depresivo mayor. - Trastorno bipolar (especialmente en adolescentes).	- El DMDD requiere irritabilidad persistente, no episodios. - Límites de edad claramente definidos (6–18 años). - Evitar sobrediagnóstico de bipolaridad infantil.	- Irritabilidad ≠ agresividad instrumental. - La desregulación emocional no equivale a intencionalidad delictiva.
Trastornos de conducta vs. respuestas adaptativas al contexto	- Trastorno negativista desafiante. - Conductas reactivas por trauma. - Trastornos del apego. - Contextos de negligencia o violencia.	- Patrón persistente vs. conductas situacionales. - Impacto del contexto psicosocial.	No toda conducta antisocial infantil es expresión de un trastorno mental. Errores graves incluyen: 1) Patologizar conductas de supervivencia; 2) Inferir peligrosidad futura sin base clínica suficiente.
Trastornos del Espectro Autista (TEA)	- Ansiedad social. - Trastorno de la comunicación. - Trauma temprano. - Discapacidad intelectual	- Carácter neuro evolutivo. - Inicio temprano. - Déficits persistentes en comunicación social.	- Evaluar cuidadosamente: 1) Comprensión social; 2) Intencionalidad; 3) Capacidad de anticipar consecuencias. - Alto riesgo de malinterpretar conductas “autistas” como desobediencia o frialidad emocional.

Trastornos disociativos y somáticos	- Simulación. -Trastornos neurológicos. -Reacciones culturales normativas.	- Especial riesgo de interpretaciones incrédulas. El DSM-5-TR introduce herramientas específicas para diferenciar síntomas disociativos genuinos.
-------------------------------------	--	---

Integración pericial: qué permite y qué no permite concluir el DSM-5-TR en contexto pericial

El DSM-5-TR permite:

- Identificar patrones clínicos.
- Definir diagnóstico diferencial.
- Fundamentar hipótesis clínicas.

El DSM-5-TR no permite:

- Determinar posible responsabilidad penal.
- Establecer credibilidad.
- Inferir causalidad jurídica directa.

Estas limitaciones están expresamente reconocidas por la APA y la literatura forense especializada.

Conclusiones para la evaluación y práctica pericial.

El diagnóstico diferencial en infancia y adolescencia:

- exige mirada evolutiva,
- debe integrar sufrimiento, desarrollo y contexto,
- no puede reducirse a listas de criterios DSM.

En contextos periciales, el DSM-5-TR es una herramienta necesaria, pero no suficiente: su correcta utilización marca la diferencia entre un informe clínicamente sólido y uno jurídicamente vulnerable.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de algunos trastornos con relevancia pericial (CIE-11)

Trastorno	Diagnóstico diferencial con:	Claves diferenciales CIE-11	Riesgo pericial
-----------	------------------------------	-----------------------------	-----------------

TDAH	- Trastornos de ansiedad, - Trastornos por estrés y trauma, - Trastornos del apego, - Trastornos del espectro autista.	- TDAH se clasifica como trastorno del neurodesarrollo. - Síntomas persistentes, presentes en más de un contexto y desproporcionados para la edad. - Evaluación del contexto escolar y familiar es imprescindible.	- Riesgo de sobrediagnóstico en contextos de vulnerabilidad social o trauma. - El diagnóstico no implica automáticamente disminución de responsabilidad. - Importante diferenciar impulsividad neuroevolutiva de conducta intencional
Trastornos relacionados con trauma y estrés: TEP y TEPC	Una de las aportaciones más relevantes de CIE-11 es la diferenciación clara entre: - TEP - Trastorno por estrés postraumático complejo (TEPC)	- TEP: síntomas nucleares más restringidos. - TEPC: incluye alteraciones persistentes de la organización del yo (regulación emocional, autoconcepto, relaciones). - Aplicable explícitamente a niños y adolescentes.	- Muchos menores en procesos judiciales encajan mejor en TEPC que en ansiedad o trastornos conductuales. - Evitar errores graves como: 1) patologizar la conducta, 2) interpretar retraimiento o agresividad como rasgos de personalidad. - La validez forense de esta distinción está respaldada por numerosos estudios en población infantil expuesta a abuso
Trastornos depresivos vs. Trastornos de irritabilidad crónica	- Trastorno depresivo, - Trastorno bipolar,	- Evaluación longitudinal del estado de ánimo. - Importancia del curso y del contexto.	- La irritabilidad persistente no equivale a violencia deliberada. - Diagnósticos mal aplicados pueden

	- Trastornos del comportamiento disruptivo.	- Precaución extrema ante diagnósticos en desarrollo.	influir indebidamente en decisiones de imputabilidad o protección.
Trastornos de la conducta y comportamiento disruptivo	- Reacciones adaptativas a contextos de violencia, - Trastornos del apego, - Trauma complejo, - Pobreza, exclusión o negligencia.	- Mayor énfasis en la evaluación del contexto relacional y social. - Menor tendencia a categorizar conductas sin análisis funcional.	La CIE-11 advierte explícitamente contra la confusión entre trastorno mental y conducta socialmente conflictiva. Esto resulta central en procedimientos de justicia juvenil y protección de menores.
Trastornos del espectro autista (TEA)	- Ansiedad social, - Trauma temprano, - Trastornos de la comunicación, - Discapacidad intelectual.	- Concepción dimensional del espectro. - Reconocimiento explícito de comorbilidad con TDAH. - Consideración de variaciones culturales en comunicación	- Alto riesgo de malinterpretar: 1) literalidad, 2) falta de reciprocidad emocional, 3) rigidez conductual, como frialdad o mala intención.
Trastornos disociativos y somáticos	- Simulación, - Trastornos neurológicos, - Expresiones culturales normativas del malestar	- Reconoce la disociación como fenómeno clínico genuino. - Incluye descriptores culturales y de desarrollo.	- Exige extrema cautela antes de inferir simulación. - Particularmente relevante en víctimas infantiles de abuso reiterado. Estos criterios son coherentes con la literatura comparativa DSM-ICD en trauma y disociación.

Qué permite y qué no permite concluir la CIE-11 en contexto pericial

CIE-11 permite:

- Formular diagnósticos clínicos basados en funcionamiento.
- Establecer diagnósticos diferenciales más precisos.
- Identificar necesidades de protección o tratamiento.

CIE-11 no permite:

- Determinar posible responsabilidad penal.
- Inferir intencionalidad, desde una perspectiva jurídica.
- Establecer credibilidad testimonial.

Estas limitaciones están reconocidas explícitamente en la literatura forense vinculada a la OMS y a la aplicación de CIE-11 en psiquiatría legal.

Conclusiones para la evaluación y práctica pericial:

- El diagnóstico diferencial en menores debe ser funcional, contextual y evolutivo.
- La CIE-11 es especialmente útil para evitar la patologización del desarrollo.
- Usada de forma acrítica, puede generar errores periciales tan graves como los del DSM.
- En contextos judiciales, la CIE-11 constituye un marco clínico robusto y global, pero solo es válida pericialmente cuando se integra con una evaluación psicológica forense experta.

Tabla 5. Tabla comparativa DSM-5-TR vs CIE-11

Dimensión clave	DSM-5-TR (APA)	CIE-11 (OMS)	Impacto forense en menores
Organización general	Sistema categorial con criterios operativos y especificadores. Enfoque descriptivo.	Sistema categorial-dimensional con descriptores clínicos, requisitos diagnósticos y umbrales funcionales.	CIE-11 facilita justificar por qué no todo síntoma implica trastorno, reduciendo patologización en la evaluación pericial.
Enfoque evolutivo	Reconoce variaciones del desarrollo, pero mantiene criterios predominantemente adultos.	Enfoque del ciclo vital explícito; las presentaciones infantiles se describen dentro de cada trastorno.	CIE-11 se adapta mejor a la expresión infantil del daño, trauma y conducta, clave en protección de menores.
Límites con la normalidad	Umbrales definidos por número/duración de síntomas.	Apartado específico: “ <i>boundary</i> ”	En pericia, CIE-11 ofrece mejor respaldo técnico

		<i>with normality</i> ” (límite con variación normal).	para diferenciar trastorno vs. reacción adaptativa.
Peso del funcionamiento	Requiere malestar o deterioro, pero el foco sigue siendo sintomático.	Centralidad del deterioro funcional y contextual.	CIE-11 es más sólida para vincular diagnóstico con capacidad funcional real, clave en imputabilidad y custodia.
Comorbilidad	Reconocida, pero con riesgo de diagnósticos múltiples superpuestos.	Reconocida explícitamente; énfasis en comprensión clínica integrada.	CIE-11 favorece informes menos inflados diagnósticamente y más clínicamente coherentes.
Trastornos del neurodesarrollo	Categoría clara (TDAH, TEA, etc.), criterios relativamente rígidos.	Categoría central; subraya variantes del desarrollo y gravedad funcional.	CIE-11 reduce el riesgo de interpretar rasgos diferentes de alteración neurológica como mala intención o desobediencia.
De alteración TDAH	Criterios conductuales específicos; riesgo de sobrediagnóstico en contextos de estrés.	TDAH con fuerte énfasis en presencia en más de un contexto, duración y desproporción evolutiva.	CIE-11 ayuda a diferenciar TDAH de trauma, ansiedad o exclusión social, frecuente en lo forense.
Trastornos del espectro autista (TEA)	Espectro unificado con criterios conductuales claros.	Espectro dimensional; mayor atención a variaciones culturales y comunicativas.	CIE-11 minimiza errores periciales al interpretar literalidad, rigidez o frialdad aparente como dolo.

Trauma y estrés	PTSD amplio, múltiples síntomas; no reconoce CPTSD como diagnóstico independiente.	Diferencia TEP de TEPC (con “alteraciones de la organización del yo”).	CIE-11 es especialmente útil en víctimas infantiles de abuso prolongado, evitando diagnósticos erróneos de conducta o personalidad.
Conducta disruptiva / antisocial	Trastornos de conducta definidos por patrones comportamentales.	Mayor énfasis en contexto social, relacional y evolutivo.	CIE-11 apoya pericialmente la distinción entre trastorno mental y conducta de supervivencia.
Disociación y somatización	Reconocidas, pero con riesgo de confusión con simulación en lo forense.	Descriptores amplios, con consideraciones culturales y del desarrollo.	CIE-11 favorece una lectura más cauta y menos incriminatoria en víctimas infantiles.
Cultura y contexto	Consideraciones culturales presentes pero periféricas.	Énfasis explícito en factores culturales y contextuales.	CIE-11 es preferible en contextos interculturales y migratorios frecuentes en justicia de menores.
Uso forense explícito	Advertencia clara: no diseñado para decisiones legales.	Advertencia similar; énfasis en uso clínico contextualizado.	Ninguno sustituye el juicio pericial, pero CIE-11 ofrece más argumentos defensivos ante tribunales.
Riesgos forenses típicos	Sobrep patologización, reificación del diagnóstico, inferencias directas.	Riesgo de infrautilización si no se conocen bien los descriptores.	DSM-5-TR: riesgo de etiquetas; CIE-11: exige mayor formación clínica,

pero es más
seguro
jurídicamente.

6. Psicopatología emergente en la adolescencia: trastornos de personalidad y conducta antisocial; implicaciones forenses

La adolescencia constituye una etapa evolutiva crítica caracterizada por profundos cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales. Es un periodo de reorganización neurobiológica, emocional y social que puede dar lugar a la emergencia de patrones psicopatológicos complejos, particularmente en el ámbito de la regulación emocional, la identidad y la conducta social. Durante la adolescencia pueden emerger patrones psicopatológicos complejos, por ejemplo:

- rasgos de personalidad disfuncionales,
- conductas antisociales,
- desregulación emocional,
- impulsividad,
- autolesiones,
- consumo de sustancias,
- relaciones interpersonales inestables.

Estos fenómenos pueden ser transitorios, propios del desarrollo, o bien indicadores de trastornos de personalidad emergentes o trastornos de conducta con relevancia forense. La literatura reciente subraya que la psicopatología adolescente debe entenderse desde modelos dimensionales, en los que rasgos como impulsividad, desregulación emocional o agresividad se distribuyen en un continuo y no como categorías rígidas. Desde una perspectiva clínica y forense, la adolescencia plantea un desafío central: diferenciar entre manifestaciones evolutivamente transitorias y patrones psicopatológicos emergentes, con potencial de consolidación en la edad adulta. Esta distinción resulta especialmente relevante cuando las conductas problemáticas adquieren relevancia jurídica porque afectan a:

- intencionalidad,

- autocontrol,
- capacidad de consentimiento,
- riesgo de reincidencia,
- credibilidad del testimonio,
- posible responsabilidad penal (en menores).

6.1. Desarrollo cerebral y vulnerabilidad psicopatológica en la adolescencia. Cambios neurobiológicos clave:

- Maduración de la corteza prefrontal (control inhibitorio, juicio moral).
- Hiperreactividad del sistema límbico (emociones intensas).
- Mayor sensibilidad al refuerzo social y a la presión del grupo.
- Reorganización de circuitos dopaminérgicos (búsqueda de sensaciones).
- Vulnerabilidad a conductas de riesgo.

6.2. Implicaciones clínicas

- Mayor impulsividad.
- Mayor reactividad emocional.
- Mayor probabilidad de conductas antisociales transitorias.
- Dificultad para diferenciar rasgos evolutivos de rasgos patológicos.

Los avances en neurociencia del desarrollo muestran una marcada asincronía entre el desarrollo relativamente temprano de los sistemas socioemocionales (búsqueda de recompensa, reactividad afectiva), y la maduración más tardía de los sistemas de control ejecutivo y autorregulación. Esta asincronía explica, al menos en parte, el aumento de:

- impulsividad,
- conductas de riesgo,
- sensibilidad al contexto social, sin que ello implique necesariamente psicopatología estructurada.

En el ámbito clínico y forense, estos datos obligan a extremar la cautela en la atribución de intencionalidad, control y previsibilidad del comportamiento.

6.3. Emergencia dimensional de rasgos disfuncionales

La evidencia empírica actual respalda que los rasgos de personalidad disfuncionales pueden identificarse en la adolescencia, aunque su estabilidad estructural no está garantizada. Modelos dimensionales (como los incorporados en la CIE-11) permiten describir patrones problemáticos sin reificarlos como trastornos consolidados.

Los rasgos más frecuentemente observados en contextos clínicos y forenses incluyen, entre otros:

- desregulación emocional intensa,
- impulsividad marcada,
- desconfianza extrema,
- relaciones interpersonales inestables.

6.4. Riesgos del etiquetaje precoz

El diagnóstico categorial de trastornos de la personalidad en adolescentes conlleva riesgos significativos:

- estigmatización,
- profecía autocumplida,
- uso indebido del diagnóstico como predictor de peligrosidad o no recuperación.

Desde una perspectiva clínica y pericial, resulta más apropiado hablar de patrones de funcionamiento o rasgos emergentes, evitando conclusiones estructurales definitivas.

6.5. Conducta antisocial en la adolescencia

La investigación longitudinal distingue al menos dos grandes trayectorias:

1. Inicio limitado a la adolescencia, asociado a presión de grupo y factores contextuales.
2. Inicio temprano y persistente, vinculado a vulnerabilidades neuropsicológicas, historia de adversidad y déficit en la socialización.

Esta distinción tiene implicaciones clínicas y forenses directas, ya que los patrones transitorios no deben interpretarse como indicadores de riesgo psicopatológico o “responsabilidad ante los hechos” estable.

6.6. Trastorno de conducta y especificadores

El trastorno de conducta, especialmente con rasgos insensibles-despreocupados, ha sido objeto de atención forense por su posible continuidad con la psicopatía adulta. Sin embargo, la evidencia actual subraya que:

- estos rasgos no son equivalentes a psicopatía,
- su expresión es modulable por el contexto,
- la reversibilidad es clínicamente significativa en muchos casos.

La utilización clínica y forense de estos diagnósticos exige un análisis longitudinal y no meramente descriptivo.

6.7. Adolescencia, violencia y salud mental

Las conductas violentas en adolescentes suelen surgir de la interacción compleja entre:

- impulsividad y déficit de control,
- exposición a violencia previa,
- consumo de sustancias,
- dinámicas grupales,
- psicopatología emergente.

Reducir estas conductas a una explicación exclusivamente diagnóstica categorial constituye un error conceptual, clínico y pericial, ya que invisibiliza los factores dimensionales, contextuales y relacionales.

6.8. Implicaciones clínicas y forenses

En los ámbitos clínico y jurídico-pericial, la psicopatología emergente en la adolescencia plantea varias problemáticas críticas:

- evaluación de la responsabilidad y la madurez psicosocial,
- predicción del riesgo de reincidencia,
- decisiones sobre medidas educativas frente a sancionadoras,
- valoración del pronóstico y de la capacidad de cambio.

La evidencia converge en señalar que la adolescencia es una etapa de alta plasticidad, lo que impide inferencias deterministas a largo plazo.

6.8. Principios para una evaluación clínica y pericial rigurosa

Desde una perspectiva clínica y profesional, es fundamental tener en cuenta los siguientes principios:

1. La conducta antisocial no equivale a trastorno de personalidad.
2. El diagnóstico en la adolescencia es siempre provisional y contextual.
3. La evaluación debe ser longitudinal, multi método y multi informante.
4. El riesgo no es un rasgo estable, sino una probabilidad dinámica.
5. Las conclusiones clínicas y periciales deben reflejar explícitamente la incertidumbre evolutiva.

6.9. Conclusiones

La psicopatología emergente en la adolescencia representa un campo especialmente sensible en la intersección entre salud mental y justicia. La tendencia a anticipar diagnósticos estructurales o trayectorias irreversibles no está respaldada por la evidencia científica y puede tener consecuencias jurídicas y psicosociales graves. Un enfoque dimensional, evolutivo y prudente resulta indispensable, tanto para la buena práctica clínica como para la responsabilidad pericial.

7. Imputabilidad y responsabilidad penal en menores

La imputabilidad y la responsabilidad penal en menores se han de analizar desde una perspectiva diferenciada, atendiendo al grado de madurez psicológica y desarrollo cognitivo. En términos generales, la imputabilidad se refiere a la capacidad de una persona para comprender la ilicitud de sus actos y actuar conforme a esa comprensión; sin embargo, en el caso de los menores de edad, esta capacidad se valora de forma distinta a la de los adultos. La imputabilidad implica la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, capacidad que en los menores se presume limitada. . Por ello, los sistemas jurídicos suelen establecer una edad mínima de responsabilidad penal y contemplan medidas específicas de carácter educativo, reeducativo y socializador, más que meramente punitivo. Así, la responsabilidad penal de los menores no busca solo sancionar, sino también favorecer su

reinserción y prevenir la reincidencia, reconociendo que se trata de personas en proceso de formación.

Desde el punto de vista jurídico-pericial, en España el problema ya no se formula diciendo que los menores de 14 a 18 años son “imputables” o “inimputables” en el mismo sentido que los adultos. En España, la Ley Orgánica 5/2000 construye una categoría propia: son sujetos de responsabilidad penal juvenil, pero dentro de un sistema formalmente penal y materialmente sancionador-educativo.

La cuestión actual se está desplazando desde una noción binaria de imputabilidad hacia una noción graduada de responsabilidad evolutiva. En términos psicológicos y psiquiátricos, el menor de 14 a 18 años no es tratado como un adulto en miniatura. Se reconoce una responsabilidad progresiva, modulada por madurez, trastorno mental, discapacidad intelectual, trauma, consumo de sustancias, neurodesarrollo, dinámica familiar, grupo de iguales y posibilidades reales de intervención educativa.

La edad cronológica es el umbral jurídico; la madurez funcional es el objeto central de la pericial. La tendencia científica y normativa dominante es, por tanto, triple:

1. No rebajar la edad mínima de responsabilidad penal, porque la evidencia neuropsicológica y criminológica no apoya tratar penalmente a niños muy pequeños como sujetos plenamente culpables.
2. Reforzar la justicia juvenil especializada, con garantías procesales, pero con orientación educativa, restaurativa y rehabilitadora.
3. Valorar individualmente la madurez y las necesidades del menor, evitando tanto la impunidad automática como la consideración automática del adolescente como un adulto en la consideración penal.

En resumen: en España, los menores de 14 años quedan fuera de la responsabilidad penal juvenil y deben recibir respuestas protectoras o asistenciales. Los menores de 14 a 18 años son responsables, pero en un régimen especial, no adulto, donde la imputabilidad se reformula como capacidad evolutiva de culpabilidad, responsabilidad y tratamiento. Para la pericial psicológica/psiquiátrica, el foco actual no es declarar simplemente “imputable/no imputable”, sino informar sobre competencia cognitiva, volitiva, madurez psicosocial, psicopatología, riesgo, necesidades criminógenas y adecuación de las medidas educativas o terapéuticas. (Dr. Antonio Andrés Pueyo. Comunicación personal, 6 de junio de 2026).

En Chile, la base del sistema es la Ley N.º 20.084, complementada por **la** Ley N.º 21.527, que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. El rasgo definitorio es que existe un sistema especial de responsabilidad penal adolescente, distinto del de adultos.

En la legislación chilena, los menores de 14 años son absolutamente inimputables, por lo que no pueden ser juzgados por la ley penal, mientras que los adolescentes entre 14 y 17 años están sujetos a un sistema especial orientado a su reinserción. La Ley N.º 20.084, establece un régimen especial de responsabilidad penal adolescente, distinto del de adultos, complementado recientemente por la Ley N.º 21.527, que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil y refuerza el enfoque de reinserción.

Las ideas centrales de estas leyes con las siguientes:

1. Imputabilidad por edad. Los menores de 14 años son inimputables penalmente, no hay responsabilidad penal y no pueden ser objeto de sanciones penales; las respuestas se canalizan por el sistema de protección.
2. Entre 14 y 18 años hay responsabilidad penal, pero en un régimen especializado, distinto del adulto, con garantías procesales reforzadas, sanciones graduadas y cuyo objetivo principal, declarado por la legislación chilena, es la reinserción social del adolescente. La ley chilena distingue dos franjas etarias dentro de la adolescencia: de 14 a 16 y de 16 a 18 años, distinción relevante para la respuesta del sistema, ya que influye en la intensidad y tipo de sanciones (Información sintetizada con ayuda de la aplicación de IA Copilot).

8. Bibliografía útil comentada

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>

Tipologías de apego relevantes para comprender conductas aparentemente incoherentes en niños.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2023). *Practice parameters on conduct disorder and antisocial behavior*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

Guías actualizadas con especial atención a la evaluación y el pronóstico.

American Academy of Clinical Neuropsychology. (2020–2024). *Practice guidelines for forensic neuropsychology*. American Academy of Clinical Neuropsychology <https://theaacn.org/official-position-and-best-practices-papers-and-statements/>

Guías esenciales para una práctica pericial neuropsicológica rigurosa.

American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR)* (5.ª ed. rev., versión en español). Editorial Médica Panamericana. *Manual de referencia oficial publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Contiene los criterios clínicos, clasificaciones y descripciones estandarizadas utilizados por profesionales de la salud mental para diagnosticar trastornos*

Appelbaum, P. S. (2014). DSM-5 and forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(2), 136-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24986339/>

Análisis crítico del DSM-5 en psiquiatría forense.

Arrington, E. G. (2021). *Cognitive development (Education)*. EBSCO Research Starters. <https://www.ebsco.com/research-starters/education/early-childhood-education-research-starters-topic>

Síntesis clara sobre enfoques socioculturales, cognición situada y funciones ejecutivas.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4.ª ed. actualizada). Guilford Press.

Obra clave sobre TDAH, con capítulos sobre funciones ejecutivas y consecuencias psicosociales. Ofrece una base sólida para argumentar cómo la impulsividad y la desregulación pueden influir en el autocontrol en menores.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical transactions of the Royal*

Society of London. Series B, Biological sciences, 358(1430), 361–374.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1206>

Síntesis sobre TEA, con implicaciones cognitivas y sociales relevantes para contextos forenses.

Barrouillet, P., & Noël, P. (2015). Theories of cognitive development: From Piaget to today.
Developmental Review, 38, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.004>

Revisión crítica actualizada de los modelos cognitivos post-piagetianos y su evolución hacia enfoques más dimensionales y procesuales.

Beauchaine, T., & Hinshaw, S. (2020). *Child and adolescent psychopathology* (3.^a ed.). Wiley.
Manual de referencia que integra desarrollo neurobiológico, regulación emocional y conducta antisocial.

Bach, B., & Mulder, R. (2022). Clinical Implications of ICD-11 for Diagnosing and Treating Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 24(10), 553–563.
<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01364-x>

Texto que valora las implicaciones de la ICD-11 y sus posibles repercusiones en el ámbito forense.

Bowlby, J. (1982). *Apego y pérdida. Vol. 1: El apego* (1.^a ed. en español). Paidós.
 (Obra original publicada en 1969)

Fundamento del apego como sistema regulador emocional, central en valoración del daño psíquico infantil.

Bush, S., Martin L. Rohling, M. L., & Demakis, G. J. (Eds, 2022). *Forensic neuropsychology: Science and practice*. American Psychological Association.

Manual de referencia que integra metodología, ética y aplicación legal de la neuropsicología.

Cassidy J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–249. PMID: 7984163

Relación entre apego, regulación y expresión emocional, ampliamente citada en psicología forense infantil.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2022). *Developmental psychopathology*. Wiley.

Marco teórico esencial para comprender la emergencia de psicopatología en contextos de riesgo.

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>

Artículo de referencia sobre la conceptualización y validación inicial del TEPT complejo en la CIE-11.

Cook, A., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 35(5), 390-398

- Cook A, Spinazzola J, Ford J, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
Texto seminal que define el concepto de trauma complejo en población infanto-juvenil y sus implicaciones clínicas.
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K., & George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 800687. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.800687>
Revisión amplia sobre trauma del desarrollo y mecanismos.
- Cyr, M., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2022). *Conducting interviews with child victims of abuse and witnesses of crime: A practical guide* (1.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003265351>
Manual práctico para entrevista forense infantil informada por desarrollo.
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
Revisión clave sobre el impacto neurobiológico y endocrino del trauma temprano, esencial para comprender su persistencia.
- First, M. B. (2016). *Guía de diagnóstico diferencial del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana. *Guía técnica para diferenciar trastornos con síntomas solapados, especialmente útil en adolescencia. Fundamental para estructurar el razonamiento diagnóstico.*
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Tratamiento del trauma complejo en niños y adolescentes*. Desclée de Brouwer.
Desarrollo exhaustivo del modelo de trauma complejo a lo largo del ciclo vital, con aplicaciones clínicas y conceptuales.
- Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current psychiatry reports*, 8(1), 59–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0082-3>
Ayuda a diferenciar perfiles conductuales complejos de reactividad contextual.
- Garralda M. E. (2025). Child and adolescent psychiatric disorders and ICD-11. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 226(4), 200–202. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.200>
Explica los cambios filosóficos de ICD-11 aplicados a infancia.
- Gibbs, J. C. (2019). *Moral development and reality*. Oxford University Press.
Integra desarrollo moral, cognición social y conducta antisocial. Análisis avanzado del desarrollo moral aplicado a conductas antisociales y contextos judiciales.

Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1982)

Introduce la ética del cuidado y la moral relacional. Obra clave para interpretar decisiones morales basadas en cuidado, lealtad y vínculos afectivos, especialmente relevante en negligencias, silencios y retractaciones.

Grisso, T. (2014). *Forensic evaluation of juveniles*. Professional Resource Exchange
Manual clásico sobre evaluación forense en menores. No se centra solo en TND, pero proporciona marcos claros para traducir hallazgos clínicos (incluidos neuropsicológicos) a capacidades jurídicas.

Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail. *Psychological Review*, 108(4), 814–834.
<https://doi.org/10.107/0033-295X.108.4.814>.

Base del modelo intuicionista del juicio moral, especialmente útil para formación judicial.

Hyland, P., Karatzias, T., Ford, J. D., Fox, R., & Spinazzola, J. (2022). The Latent Structure of Child and Adolescent Psychopathology and its Association with Different Forms of Trauma and Suicidality and Self-Harm. *Research on child and adolescent psychopathology*, 50(11), 1501–1513. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00925-1>

Apoya modelos dimensionales (HiTOP, Hierarchical Taxonomy of Psychopathology o Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología) y muestra cómo trauma y externalización se relacionan con dimensiones específicas de psicopatología, riesgo y conducta antisocial.

Jantzi, C., & Moulin, V. (2025). The new ICD-11 diagnosis of personality disorder in forensic psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1630512.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1630512>

Análisis actualizado y crítico del modelo CIE-11 aplicado a evaluaciones forenses reales.

Kapadia, M., Desai, M., & Parikh, R. (2020). Fractures in the framework: Limitations of classification systems in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 17–26.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/rparikh>.

Visión amplia sobre los límites históricos, culturales y legales de DSM y CIE.

Kerig, P. K., Mozley, M. M., & Mendez, L. (2020). Forensic assessment of PTSD via DSM-5 versus ICD-11. *Psychological Injury and Law logical Injury and Law* 13:383–411 <https://doi.org/10.1007/s12207-020-09397-4>

Texto central para entender PTSD vs CPTSD en contexto forense.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Desclée de Brouwer.
(Selecciones de *Essays on Moral Development*, 1984)

Marco clásico de referencia, citado como punto de partida, pero ampliamente superado en contextos forenses infantiles.

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>

Aunque centrado en adultos, ofrece una visión muy clara de TDAH a lo largo del ciclo vital. Útil para pericias en adolescentes mayores y transición a la adultez, especialmente en temas de conducción, trabajo y responsabilidad.

Lamb, M. E., La Rooy, D., Malloy, L. C., & Katz, C. (2018). *Children's testimony*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119169150>

Obra de referencia internacional sobre testimonio infantil.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Revisión actualizada sobre TEA, con énfasis en heterogeneidad clínica y funcionamiento adaptativo. Útil para explicar al tribunal por qué dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener capacidades muy distintas.

Ma, H. K. (2013). The moral development of the child: An integrated model. *Frontiers in Public Health*, 1, 57. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00057>

Modelo muy adecuado para informes periciales complejos, al integrar afectividad, empatía y razonamiento moral.

Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2014/2020). *Psicopatología infantil* (ed. española). Guilford Press / ediciones adaptadas.

Clásico actualizado sobre psicopatología infantil desde el desarrollo.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

Desarrollo del apego como modelo de regulación emocional a lo largo del ciclo vital.

Moffitt, T. E. (2018). Moffitt T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674–701. PMID: 8255953

Modelo clásico, aún vigente, para diferenciar trayectorias antisociales con implicaciones forenses directas.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11)*. OMS. <https://icd.who.int>

Estándar global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para registrar, notificar y analizar datos sobre enfermedades, trastornos y causas de muerte. Permite a los profesionales médicos codificar diagnósticos y síntomas de forma idéntica en cualquier país, facilitando la investigación y el seguimiento epidemiológico.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos de la CIE-11 (CDDR)*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059108>

Proporciona un lenguaje clínico común y universal que facilita a los profesionales de la salud el diagnóstico preciso y el reporte estadístico en cualquier país.

Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(12), 1266–1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>

Aporta una visión relacional y dimensional de los trastornos de personalidad emergentes.

Pascual-Leone, J. (1970). A mathematical model for the transition rule in Piaget's developmental stages. *Acta Psychologica*, 32, 301–345. [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(70\)90108-3](https://doi.org/10.1016/0001-6918(70)90108-3)

Base teórica para comprender la carga cognitiva y la memoria de trabajo en menores.

Rogers, R. (Ed.). (2018). *Clinical assessment of malingering and deception* (3.^a ed.). Guilford Press.

Fundamental para trabajar simulación y disimulación en TDAH, DI y otros cuadros. Ayuda a elegir pruebas de validez y a argumentar, de forma técnica, por qué un perfil es o no compatible con simulación.

Saywitz, K., & Camparo, L. (2014). *Evidence-based child forensic interviewing*. Oxford University Press.

Integra desarrollo cognitivo, emocional y lenguaje en evaluación forense.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.). *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 126(6), 439–442. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>

Referencia central para entender la DI desde el modelo de apoyos. Muy valiosa para pericias sobre capacidad, consentimiento y responsabilidad, porque vincula diagnóstico con necesidades concretas de apoyo.

Shweder, R. A., Much, N. C., Mahapatra, M., & Park, L. (1987). *Culture and moral development*. Cambridge University Press.

Fundamentación del enfoque intercultural del juicio moral infantil.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>

Revisión exhaustiva de los efectos a largo plazo del maltrato infantil sobre el desarrollo cerebral.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. PMID: 7984164

Conceptos clave para entender por qué los menores no siempre pueden verbalizar el daño sufrido.

van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria / Penguin Random House.

Obra fundamental que integra neurobiología, desarrollo y clínica del trauma, con fuerte impacto en modelos contemporáneos de trauma complejo.

van der Sloot, B., & Vermeiren, R. (2012). *Forensic child and adolescent psychiatry*. Cambridge University Press.

Recurso esencial para comprender cómo se integran diagnóstico, desarrollo y contexto legal en pericia juvenil.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.

Marco fundamental para entender la competencia infantil como dependiente del contexto comunicativo y del andamiaje, clave en entrevistas forenses.

Wakefield J. C. (2015). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 188–196. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000116>

Análisis fundamental sobre la expansión diagnóstica y sus riesgos normativos, especialmente pertinente en contextos legales.

Wilmshurst, L. (2023). *Child and adolescent psychopathology: A casebook*. SAGE Publications, Inc.

Obra basada en casos reales que ilustra cómo síntomas similares pueden corresponder a diagnósticos distintos según contexto, historia y funcionamiento (TND, TC, TDAH y TLP emergente).

Zigic, N., Pajevic, I., Hasanovic, M., Avdibegovic, E., Aljukic, N., & Hodzic, V. (2023). Neurodevelopmental disorders in ICD-11 classification. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S737. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1547>

Explica la reconceptualización del neurodesarrollo en ICD-11.