

Guía para la Evaluación Pericial Psicológica en los Procedimientos de Provisión de Apoyos para Personas con Discapacidad

GUÍA DE PRÁCTICA FORENSE

Mayo de 2023

Autores:

José Manuel Muñoz Vicente. Psicólogo Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid.

Amaya Nagore Casas. Psicóloga Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Subdirección de Segovia.

Pilar de Luis Cabarga. Psicóloga Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid.

Laura González Guerrero. Psicóloga Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid.

Susana Esteban Aranda. Psicóloga Forense. Fiscalía y Juzgados de Menores de Madrid. Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad Madrid.

Revisores externos:

Montserrat Videgaín Llaneras y Pilar Castellanos Díaz. Psicólogas de los juzgados de discapacidad de Madrid

David Mayor Fernández. Fiscal Adjunto de la Fiscal de Sala de servicios especializados de atención a personas con discapacidad y Mayores.

Inés de Aroz Sánchez-Dopico. Coordinadora del Departamento Jurídico. Plena Inclusión España.

Miguel Ángel Verdugo Alonso y Patricia Navas Macho. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca.

Juan Olmo Osa. Presidente de la Federación de Asociaciones de Neuropsicología Españolas (FANPSE).

Julio Antonio Lillo Jover. Catedrático de Ergonomía. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Laura Galindo López. Directora del Área de Empleo. Asociación para la Atención de las Personas con Discapacidad Intelectual (APADIS).

Martín Vargas Aragón. Profesor asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Pablo Santamaría Fernández. Director del Departamento I+D+i. TEA Ediciones.

“Queremos ser escuchados y queremos tomar decisiones sobre cómo llevar nuestra vida. A veces podríamos necesitar ayuda para tomar decisiones, pero eso no significa que no podamos decidir”.

Mensaje de los autogestores. *Independiente pero no solo.*

Informe Mundial sobre el Derecho a Decidir. Inclusión Internacional (2014).

“Los Estados garantizarán que las personas con discapacidad gocen de capacidad jurídica en igualdad de condiciones que los demás y, cuando sea necesario, proporcionarán el apoyo y los ajustes necesarios para permitir el ejercicio de la capacidad jurídica y garantizar el acceso a la justicia”.

Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad (Principio 1. Directriz 1.1.).

Naciones Unidas (2020).

Asociación de **Psicología Forense**
de la Administración de Justicia

Contenido

1. Presentación: justificación y objetivos	4
2. Introducción	4
2.1. La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica	8
2.2. El proceso judicial de provisión de apoyos	11
2.3. La evaluación pericial psicológica en el proceso judicial de provisión de apoyos	13
3. Áreas a explorar e instrumentos a utilizar	15
3.1. La conducta autodeterminada	15
3.2. La evaluación de la discapacidad intelectual (DI) y del estado psico(pato)lógico	20
3.3. La evaluación dimensional de la personalidad	22
3.4. La evaluación de la neurocognición y la cognición social	23
3.5. La conducta adaptativa	30
3.6. El perfil individualizado de apoyos (PIA)	33
4. Síntesis de la propuesta de protocolización respecto a las periciales psicológicas de provisión de apoyos	36
5. Referencias Bibliográficas	40
ANEXO	47
MODELO DE ESTRUCTURA DEL INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE APOYOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	47

1. Presentación: justificación y objetivos

El presente trabajo da continuidad a la línea iniciada por la Asociación de Psicología Forense de la Administración de Justicia (APF) en relación con la elaboración de herramientas de trabajo que faciliten a sus miembros el diseño y desarrollo del proceso de evaluación pericial psicológico. Además, con esta estrategia se reduce la variabilidad en la intervención profesional, se unifican criterios de actuación y se ayuda a los profesionales a realizar una práctica basada en el mejor conocimiento científico disponible.

El cambio que ha supuesto la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad*, supone un reto para los servicios forenses, al tener que ajustar la práctica pericial al espíritu de la ley, que no es otro que el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad.

Para la Psicología, la Discapacidad, ha sido uno de los tópicos que más interés ha suscitado, y, por ende, más investigación ha generado, en relación con la delimitación de su naturaleza, creación de pruebas estandarizadas para su evaluación y elaboración de programas de intervención eficaces que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad.

La Psicología Forense, como disciplina que aplica los conocimientos y metodología propios de la psicología a la resolución de los procedimientos judiciales, merece jugar un papel protagonista en esa *mesa redonda* y trabajo interdisciplinar que recoge la Ley 8/2021, por el ingente conocimiento científico que ha generado en torno a la discapacidad.

Somos conscientes de que las personas que suelen requerir apoyos y, por tanto, pueden ser objeto de la realización de estas periciales conforman un grupo muy heterogéneo, tratándose principalmente de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, personas con daño cerebral adquirido y afectación neurodegenerativa, y personas con trastorno mental. De los mencionados, cada colectivo precisaría una guía de práctica pericial específica. Por eso, este trabajo recoge orientaciones generales, siendo el profesional de la psicología forense el que, para cada caso, pueda ajustarlas a las características de la persona con discapacidad que tiene que evaluar.

Por último, desde la APF queremos agradecer a las personas e instituciones que han revisado este trabajo y cuyas aportaciones han enriquecido significativamente la propuesta inicial de los autores.

2. Introducción

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas de 2006, vigente en España desde el 3 de mayo de 2008, define a las personas con discapacidad (en adelante PcD) como aquellas que tienen *deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad*

de condiciones que los demás (Art. 1 de la Convención). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial. Las previsiones apuntan a un incremento de la discapacidad en la población, debido al envejecimiento y el aumento de las patologías crónicas asociadas a la discapacidad (i.e., diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales).

Congruentemente con esta definición —incorporada en nuestro derecho en el artículo 4.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social—, debe subrayarse que la discapacidad no deriva directamente de la deficiencia, ni siempre viene determinada por esta. Este principio ya se venía incorporando a los criterios de la precedente Clasificación Internacional de la Discapacidad, Funcionamiento y Salud de la OMS (2001), cuya última actualización ha inspirado el modelo de evaluación del funcionamiento y de la discapacidad del Real Decreto 888 / 2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Así, son las circunstancias del contexto personal y social de la persona las que pueden derivar en barreras que —al incidir sobre la deficiencia o circunstancia de salud que concurra—, dan lugar a la discapacidad. Las limitaciones al funcionamiento y las restricciones a la participación que dichas barreras suponen no deben redundar en limitaciones legales ni judiciales (artículo 269 CC, *in fine*). Muy al contrario, la constatación de la existencia de estas barreras debe tener como consecuencia legal la provisión de un apoyo adecuado para su superación, en garantía de la igualdad en el ejercicio de los derechos.

Las personas que suelen requerir apoyos en el ámbito del ejercicio de la capacidad jurídica son aquellas con dificultades cognitivas, intelectuales o psicosociales. No obstante, la definición de la OMS pone el acento en las barreras¹ contextuales o sociales que son las que impiden el disfrute de derechos en igualdad de condiciones de las PcD, dejando en un segundo lugar las deficiencias de la persona (González-Casas et al., 2020). Incluye, por tanto, la dignidad de la persona, en el sentido de que ser una PcD no excluye la posibilidad de desempeño de diversos papeles en la sociedad, con independencia de la utilidad social o económica (Fernández-González, 2021).

La provisión de un apoyo adecuado y suficiente para el ejercicio de la capacidad jurídica se constituye así en un derecho subjetivo de la PcD (artículo 12.3 de la Convención). Se configura como un derecho instrumental cuya finalidad es garantizar la realización de los restantes derechos de la persona y hacer posible su plena inclusión social.

¹ La OMS (2011) señala las siguientes barreras a las que se ven sometidas las PcD: normas y políticas inadecuadas, actitudes negativas, falta de provisión de servicios, funcionamiento inadecuado de los servicios, financiación inadecuada, barreras arquitectónicas, falta de consulta e implicación en la toma de decisiones sobre aspectos relevantes para su vida, falta de datos científicos sobre la discapacidad y las intervenciones eficaces.

El Derecho civil regula, principalmente, las relaciones entre las personas como sujetos de derecho privado, pero también irradia el contenido esencial de los derechos fundamentales y derechos humanos, así como la garantía de su protección (Vivas-Tesón, 2008). Esta eficacia horizontal de los derechos constitucionales se pone especialmente de manifiesto en la regulación civil de la autonomía de la voluntad, así como en la incidencia del derecho civil en la garantía de la dignidad y libre desarrollo de la personalidad.

Dentro de este ámbito del derecho se ha diferenciado tradicionalmente entre la capacidad jurídica o capacidad para ser titular de derechos y la capacidad de obrar o capacidad para ejercitarlos. Antes de la reforma legal, la capacidad jurídica o de ostentar derechos se reconocía por igual a todo ser humano por el mero hecho de serlo, como inherente a su dignidad; sin embargo, la capacidad de obrar plena —es decir, la capacidad de ejercitar los derechos una persona por sí misma— se reconocía solo respecto de las personas que, alcanzada la mayoría de edad, no se encontrasen en determinadas circunstancias de salud que pudieran conducir a presumir la carencia de las aptitudes necesarias para el propio ejercicio de los derechos. Acreditadas dichas deficiencias o circunstancias de salud, se declaraba judicialmente la incapacitación. Tras la resolución judicial, el ejercicio de la capacidad jurídica del incapacitado se hacía posible a través de un tutor que ejerciese en sustitución como su representante. Menos frecuentemente se recurría a un curador que actuaba como complemento necesario de la capacidad de obrar, cuando se consideraba limitada parcialmente (Delgado, 2004).

El modelo médico tradicional ponía el foco en la discapacidad de la persona y en la necesidad de su protección. Era este, por tanto, un sistema tutelar sustitutivo o representativo, donde, además, se podían dar situaciones de protección prorrogadas (Esbec, 2012a). A pesar de su honda raigambre en nuestro ordenamiento jurídico, con la Ley 8/2021 se suprime la distinción entre capacidad jurídica y capacidad de obrar y desaparece el estado civil de “incapacitado” o “persona con la capacidad modificada judicialmente”, por la supresión que supone de la voluntad de la PcD (Llamas et al., 2021). El concepto de capacidad jurídica pasa así a conceptualizarse como unívoco y comprende tanto la titularidad del derecho como el poder o la legitimización para ejercitarlo (García-Rubio, 2021).

Son escasos los datos disponibles en relación con la actividad de los antiguos Juzgados de Incapacidades y Tutelas. Un estudio realizado desde el Observatorio sobre Salud Cognitiva, Autonomía, Competencia y Derechos Humanos donde participaban el Consejo General del Poder Judicial, la Sociedad Española de Neurología, la Fundación ACE, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Caixa-Cataluña, analizando 517 expedientes de distintos órganos judiciales (juzgados especializados y de grandes y pequeñas poblaciones) encontró que en más del 90% de los casos, las sentencias declaraban la incapacidad total de los afectados (Ventura, 2016). En este sentido, profesionales y asociaciones de familiares y en defensa de las PcD venían denunciando el abuso de la incapacitación, dentro de unos procedimientos automáticos y rutinarios,

donde la decisión de la PcD carecía de valor si tenía cubiertas sus necesidades básicas (Esbec, 2012b; Ventura, 2016). El estudio elaborado por la Asociación Española de Fundaciones Tutelares (AEFT) con la colaboración del Real Patronato sobre Discapacidad, a partir del análisis de los datos facilitados por quince fundaciones tutelares encontró, para el periodo comprendido entre 2010 y 2015, un crecimiento medio del 6% en la asunción de personas bajo apoyo tutelar, siendo el 87% tuteladas, el 12% curateladas, el 0.2% defensas judiciales y el 0.7% otras figuras (AEFT, 2016; pág. 54). Otro estudio más reciente de esta asociación (AEFT, 2020) señalaba que las decisiones donde menos se respetan las preferencias de las PcD son las que tienen que ver con dónde vivir o con quién hacerlo. Además, las PcD, participantes en el estudio, identificaban situaciones donde entendían que recibían apoyos innecesarios, en consonancia con los datos de otras investigaciones (Rojas y Haya, 2017; Vega et al., 2020).

Desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los cambios sociales y jurídicos, auspiciados por los movimientos de autodefensa y empoderamiento de las PcD, han sido muchos y muy significativos (OMS, 2011). En concreto, en relación con el ejercicio de la capacidad jurídica de las PcD, el artículo 12.3 de la Convención, señala que hay que respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de la PcD, quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones, teniendo los Estados Parte que adoptar *las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Se ha de tener en cuenta que la Convención es una herramienta jurídica vinculante para hacer valer los derechos de las PcD a los Estados Parte. Dicho artículo generó controversias desde el momento de su redacción y ha motivado diferentes posiciones a la hora de ratificar la Convención por los Estados Parte. Por ello, en mayo de 2014, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas publicaba su Observación General nº 1, que entre otras cuestiones recoge la subsunción del concepto de capacidad de obrar en el de capacidad jurídica (Garcimartín, 2021). Es decir, deben tratarse siempre las preferencias y voluntad de las personas con discapacidad y, cuando no sea posible conocerlas claramente, deben inferirse a partir de la historia personal de la PcD (Canimas, 2016). En este sentido, el incumplimiento de este artículo ha sido motivo de repetidas amonestaciones a nuestro país (Fernández-Martínez, 2021).

En definitiva, se ha pasado de un modelo de intervención con las PcD basado en la beneficencia, donde, de forma reduccionista, solo se prestaba atención a los “defectos” o limitaciones de la persona para, a partir de estos, realizar intervenciones en entornos segregados o institucionalizados, a un modelo basado en los derechos, la participación e inclusión de la PcD en la vida de la comunidad y, donde el énfasis no está en los problemas de la persona sino en la planificación de apoyos centrados en esta (Verdugo et al., 2014). El contexto en el que se desenvuelve la PcD debe actuar como un facilitador y no como una barrera, para que aquella pueda actuar de forma autodeterminada (Vicente et al., 2018a). Este giro también se advierte en el campo terapéutico o de la intervención. Por ejemplo, en el ámbito de las personas con

trastorno mental, toda acción terapéutica tiende, en la actualidad, a que la persona supere su rol de enfermo facilitando su autonomía, lo que implica que pueda desarrollar su vida en igualdad y dignidad, es decir, teniendo un desarrollo laboral, formativo, afectivo, sexual y social (Ministerio de Sanidad, 2022).

El plano científico no ha sido ajeno a estas transformaciones sociales, jurídicas y políticas. Así, ha surgido un nuevo paradigma, el Paradigma de Calidad de Vida-Apoyos (MOCA), que pone el enfoque en las fortalezas para apoyar a la PcD. Este nuevo paradigma se basa a su vez, en dos subparadigmas teóricos: el subparadigma de la Calidad de Vida, con amplia evidencia empírica acumulada, y el subparadigma de Apoyos, como práctica profesional alternativa a los modelos tradicionales de rehabilitación (Gómez, et al., 2021; Schalock et al., 2021). Este nuevo paradigma ha dado lugar a un nuevo enfoque en la evaluación e intervención con PcD que se caracterizaría por: a) adoptar una perspectiva holística e integrada (las PcD se ven influidas por varios sistemas), b) centrarse en los derechos humanos y legales de las PcD; c) poner el énfasis en los apoyos individualizados proporcionados dentro de ambientes inclusivos de la comunidad; y d) proponer la evaluación de resultados, dentro de una práctica basada en la evidencia (Schalock, 2017; Verdugo et al. 2021_a). Desde un punto de vista práctico, el MOCA puede ser utilizado para: a) alinear las necesidades de apoyo de una persona con estrategias de apoyo individualizadas y resultados significativos; b) conectar prácticas profesionales individuales con las prioridades y misiones de las organizaciones; c) sincronizar las políticas y toma de decisiones entre las organizaciones y el sistema; d) desarrollar un esquema conceptual basado en valores para las políticas de discapacidad; y e) establecer parámetros para la evaluación centrada en la persona (Verdugo et al., 2021a).

2.1. La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

Estos cambios progresivos en el enfoque de los apoyos y visión de las PcD han tenido su reflejo paralelo en el marco legal español, que ha culminado, tras un largo y lento camino² con la Ley 8/2021 (en la Tabla 1 se recogen las principales reformas operadas por la misma). La jurisprudencia del Tribunal Supremo ya había ido sentando doctrina en el sentido de los principios de la Convención de 2006 (Fernández-González, 2021), indicando que: a) las sentencias debían dirigirse al caso individual, atendiendo a sus circunstancias particulares; y b) la medida de apoyo preferente debía ser la curatela y no la tutela puesto que lo importante es fijar un régimen de colaboración y no de sustitución. Por su parte, desde la Fiscalía General del Estado también se han elaborado distintas circulares e instrucciones en relación a la Convención, entre las que

² Sirva de ejemplo la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral y la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente.

cabe destacar la Instrucción 3/2010 “sobre la necesaria fundamentación individualizada de las medidas de protección o apoyo en los procedimientos sobre determinación de la capacidad de las personas”, que recalca que las medidas de apoyo se deben acordar en atención a las circunstancias y necesidades concretas de la persona afectada por la modificación judicial de su capacidad, dando prioridad a la autonomía de su voluntad (Ganzenmüller y López-Mora, 2021).

Tabla 1. Principales reformas operadas por la Ley 8/2021. Tomado de García-Rubio, 2021.

<ol style="list-style-type: none">1.-Es una ley dirigida a las personas adultas. Los menores de edad con discapacidad tendrán la misma protección que todos los menores y el principio general que debe presidir la legislación y la actuación en estos casos es el mejor interés del menor.2.-Desaparece el estado civil de incapacitado o de persona con la capacidad judicialmente modificada, y por tanto, figuras legales como la tutela, la patria potestad prorrogada y la patria potestad rehabilitada.3.-Desaparece la diferencia entre capacidad jurídica y capacidad de obrar.4.-Se elimina el criterio del “mejor interés” o “interés superior de la persona con discapacidad”. Este es un punto controvertido que ha entrado en colisión con sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.5.-El único criterio de actuación plasmado en la nueva ley es el del respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad.6.-Se reconoce el derecho al apoyo, pero en la ley no se contempla de modo expreso la facultad de renunciar a él.7.-Respeto a los principios de necesidad, proporcionalidad y subsidiariedad en los apoyos.8.-Atiende tanto a los aspectos patrimoniales como a los personales de la PcD.9.-Restricción máxima de los supuestos en los que se permite la sustitución en la toma de decisiones de la persona con discapacidad.
--

La ley 8/2021, en congruencia con el artículo 12.2 de la Convención, parte de la superación de la distinción entre capacidad jurídica y capacidad de obrar. En el nuevo marco normativo la capacidad jurídica integra tanto la titularidad de los derechos como la facultad de ejercerlos, reconocidas ambas a todos los seres humanos por igual.

Las limitaciones en las aptitudes personales precisas para la toma de decisiones no determinan, por sí mismas, ningún tipo de incapacitación ni restricción legal. Al contrario, la constatación de una discapacidad que pueda incidir negativamente en tales facultades, da lugar al reconocimiento del derecho a un apoyo (artículo 12.3 de la Convención y 249, primer párrafo, CC).

Dicho apoyo deber ser el adecuado para asegurar, a su vez, el libre ejercicio de todos y cada uno de los restantes derechos, así como el cumplimiento de las obligaciones respectivas. La finalidad del apoyo es garantizar que la toma de la decisión jurídicamente relevante se hace en condiciones de igualdad con los demás. Adicionalmente, se establece el mandato legal de que el apoyo se articule preferentemente a través de fórmulas cooperativas que cuenten siempre con la voluntad de la persona con discapacidad (artículo 249, segundo párrafo, CC).

Excepcionalmente, en los casos en los que no pueda accederse en forma alguna a la voluntad de la persona, el apoyo podrá ser sustitutivo.

La voluntad de la persona como eje vertebrador determina la prevalencia legal de los apoyos establecidos y configurados por la propia persona con discapacidad —apoyos voluntarios— así como de aquellos que se consolidan forma natural en el entorno social y familiar de la persona —guarda de hecho— de modo que los apoyos judiciales quedan como opción de último recurso, subsidiaria de las anteriores (artículo 269, primer párrafo, CC).

El diseño del apoyo judicial debe responder a las exigencias de especificación y proporcionalidad establecidas como principios del sistema (artículo 268, primer párrafo, CC y artículo 269, párrafos segundo a quinto, CC). Para asegurar su adecuación al caso concreto, el referido diseño precisa de un examen y análisis exhaustivo de diversos elementos como son, entre otros: las necesidades de apoyo de la persona con discapacidad; el alcance de los apoyos —los concretos ámbitos de actuación donde precisa asistencia— ; la intensidad con que han de prestarse —las fórmulas a través de las que se implementará dicha asistencia o, excepcionalmente, una representación—; las necesidades de la persona en cuanto al modo de articulación del apoyo con su voluntad, deseos y preferencias; las vulnerabilidades que puedan derivarse del riesgo de abusos, conflictos de interés o influencia indebida.

La superación del abordaje meramente médico-biológico de la discapacidad determina que el diagnóstico médico sea un presupuesto necesario, pero no suficiente para completar el diseño del apoyo. Una vez obtenido el diagnóstico en relación con una deficiencia o circunstancia de salud, resulta precisa la evaluación psicológica como herramienta idónea para concretar las necesidades de apoyo en los procesos de toma de decisiones y la forma de articularlo. También lo es para obtener y valorar la expresión de la voluntad, deseos y preferencias de la PcD.

No obstante, hay cuestiones todavía pendientes, en concreto, la reforma en materia de los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico (art. 763 LEC) y otras medidas que afectan a derechos fundamentales de las PcD y que, como ha exigido el Tribunal Constitucional, necesitan de regulación mediante Ley Orgánica (Torres, 2020).

En el presente trabajo se recoge una propuesta de protocolización para adaptar la evaluación pericial psicológica a las nuevas reformas legales establecidas en los procedimientos de provisión de apoyos para PcD. Las periciales psicológicas en este campo ya habían evolucionado, adaptándose a los graduales cambios legales (Esbec, 2012b; Guija, Sánchez-Carazo, Martínez-Maroto y Gómez-Hermoso, 2021). En este sentido, Esbec (2012a) enunciaba las siguientes orientaciones para la conducción de este tipo de periciales: 1) valoración detallista y dimensional; 2) estudio de los procesos mentales (frente a las limitaciones que ofrece el simple diagnóstico clínico); 3) valoración de las potencialidades y posibilidades terapéuticas; 4) enfoque ecosistémico; y 5) evaluación contextual.

Hay que añadir que, además de las periciales dirigidas a valorar las necesidades de apoyo que puede precisar la PcD para tomar decisiones autónomas relacionadas con algún aspecto de su vida, en esta jurisdicción se solicitan otro tipo de pericias a los profesionales de la psicología forense (recogidas en la Tabla 2):

Tabla 2. Peticiones de periciales psicológicas vinculadas a los procesos de discapacidad y de apoyos. Elaboración propia.

- 1- Evaluación de las diferentes opciones de curatela presentadas.
- 2- Evaluación del tipo de curatela a implementar (asistencial o representativa).
- 3- Evaluación de la conveniencia de establecer régimen de visitas con familiares.
- 4- Evaluación de posibles conflictos de intereses entre las distintas opciones de curatela y la PcD; y de existir, valorar la opción más idónea para ejercer de defensor judicial.
- 5- Evaluación del grado de vulnerabilidad de la PcD a posible influencia indebida.
- 6- Evaluación del cumplimiento de las medidas acordadas en sentencia.
- 7- Evaluación del riesgo que pueda suponer la PcD para sí misma o para terceros (internamiento involuntario).
- 8- Evaluación de la evolución de las capacidades y potencialidades de la PcD en relación con el posible reajuste del plan individualizado de apoyos establecido con anterioridad.

2.2. El proceso judicial de provisión de apoyos

La Ley 8/2021, ha supuesto un cambio radical, transversal y complejo en el conjunto de nuestro ordenamiento jurídico, modificando diversas normas del ordenamiento jurídico (Fernández-González, 2021; García-Rubio, 2021). En el plano sustantivo, es en el Código Civil donde esas reformas son más extensas y profundas (artículos 249-300 CC).

En el ámbito procesal se reformulan los antiguos procedimientos de modificación de la capacidad de obrar, que pasan a definirse como procedimientos de provisión de apoyos a las personas con discapacidad. Al preexistente cauce del juicio verbal especial que ya regulaba la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículos 756 y ss LEC) y que ahora se modifica, se añade un nuevo proceso no contencioso en la Ley de Jurisdicción Voluntaria (artículos 42 bis a) y ss de la LJV), que pasa a ser el primer y principal abordaje de la provisión judicial de apoyos.

La Ley 8/2021 recoge tres tipos de medidas de apoyo (García-Rubio, 2021; Goikoetxea et. al., 2022):

- a) Las voluntarias (arts. 250-256 Código Civil): poderes o mandatos preventivos o cualquier otra medida voluntaria *ad hoc* que deberán formularse siempre por escritura pública. Pueden ser unilateralmente previstos por la persona que las diseña o acordadas con quien va a ejercer el apoyo; además, pueden ser de presente, de futuro o preventivas.

- b) Las informales o guarda de hecho (arts. 263-266 Código Civil). Medida que reconoce como figura jurídica estable de las relaciones fácticas de cuidado y asistencia que ejercen las personas del entorno familiar y afectivo de la PcD, sin que sea preciso ningún nombramiento judicial ni de cualquier otro tipo.
- c) Las medidas judiciales, de carácter subsidiario, y que engloban la curatela (que puede ser autocuratela, medida de carácter mixto, por ser de origen voluntario, pero de designación judicial), para las situaciones en las que el apoyo se precise de manera continuada, y el defensor judicial, cuando la necesidad de apoyo sea ocasional. Tanto una como otra serán preferentemente asistenciales y solo para los actos que se precisen en el auto o sentencia que los establezca.

Los apoyos voluntarios y la guarda de hecho se convierten en las formas prevalentes de apoyo, debiendo atenderse a los deseos, preferencias y voluntad de la PcD. Los apoyos judiciales —y, en particular, la curatela como forma estable de implementarlos—, pasan a ser subsidiarios (artículo 249, primer párrafo, CC y artículo 269, primer párrafo, CC). La atención a dicha voluntad también determina la preferencia legal por las fórmulas asistenciales de apoyo y la excepcionalidad de las representativas. Para el ejercicio de estas funciones representativas, se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la PcD, sus creencias y valores, así como factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de adoptar la decisión que más se aproxime a la que hubiera elegido la persona por sí misma (BOE, 2021).

La provisión de apoyos judiciales puede solicitarse voluntariamente por la propia persona con discapacidad o por determinados familiares legitimados. Más allá de los referidos parientes, también terceras personas pueden comunicar al Juzgado o a la Fiscalía la necesidad de apoyos concurrente en un caso que llegue a su conocimiento. Finalmente, se establece la obligación de la referida comunicación para las autoridades y funcionarios públicos que tengan suficiente constancia o noticia de tal situación (artículo 42 bis a) 3 LJV y 757 LEC).

Los fallos judiciales únicamente acordarán la necesidad o no de contar con algún/os apoyo/s para el ejercicio de sus derechos y, en caso de necesitarlo/s, concretar cuáles deben ser, quién los ejercerán, las medidas de control y límites en la actuación de la designación legal de tales apoyos. El proceso judicial velará principalmente por la participación de la propia persona, facilitando que pueda expresar sus preferencias e interviniendo activamente, ajustándose siempre a los principios de necesidad y proporcionalidad (Fernández-González, 2021).

Para la valoración de las necesidades de apoyo —tanto la inicial como su posterior revisión periódica— será preceptivo el informe pericial elaborado por profesionales especializados, en todo caso de los ámbitos social y sanitario, aunque se puede contar con profesionales de otros ámbitos que aconsejen las medidas de apoyo idóneas en cada caso (759.3º LEC). En el nuevo articulado el legislador aboga por un equipo multidisciplinar que ofrecería sus conclusiones en forma de “mesa redonda”. La necesidad de esta perspectiva ya había sido defendida desde el contexto

clínico-asistencial (Gómez-Durán et al., 2014). Será fundamental que los distintos técnicos forenses tengan un espíritu de cooperación y que antepongan los intereses de la PcD a los conflictos derivados del afianzamiento de los distintos perfiles profesionales.

Así, en ambos procesos se contempla la prueba pericial con la amplitud anteriormente referida. En el artículo 42 bis b) 1 de la LJV, además de la referencia a dictámenes periciales en el ámbito social y sanitario, se habilita a las partes a proponer *“aquellas (otras) pruebas que se considere necesario practicar”* y a la propia autoridad judicial que *“podrá ordenar antes de la comparecencia un dictamen pericial, cuando así lo considere necesario atendiendo a las circunstancias del caso”*.

El proceso judicial velará principalmente por la participación de la propia persona, facilitando que pueda expresar sus preferencias e interviniendo activamente. Este principio determina el protagonismo esencial que en ambos procedimientos tiene la entrevista —ya no referida como examen ni exploración— de la PcD. A tal fin, la ley contempla los ajustes del procedimiento también como un derecho de la persona con discapacidad. Estos se concretan en los derechos relativos a la accesibilidad del lenguaje, interpretación en la comunicación, acompañamiento de persona de confianza y participación de profesional experto *“a modo de facilitador”*.

Las medidas de apoyo adoptadas judicialmente deberán ser revisadas periódicamente (en un plazo máximo de tres años, o en casos excepcionales, de hasta seis) o ante cualquier modificación en las circunstancias que propiciaron las mismas.

La presente Guía, pretende recoger las aportaciones que la Psicología, como ciencia que ha acumulado amplio conocimiento científico en relación con la discapacidad, y que ha desarrollado pruebas estandarizadas para su evaluación, puede aportar a la elaboración de estas periciales multidisciplinares.

2.3. La evaluación pericial psicológica en el proceso judicial de provisión de apoyos

El estándar de cualquier intervención psicológica en el contexto forense debe ser el método de la práctica basada en la evidencia (AFCC, 2019). En este sentido, la actuación del psicólogo/a forense en los procesos civiles de provisión de apoyos debería centrarse en la evaluación de aquellas áreas o dimensiones psicológicas que la investigación científica ha demostrado como relevantes para llevar a cabo el diseño del perfil individualizado de apoyos, que garantice la plena inclusión de la PcD en su comunidad, y, por ende, mejore su calidad de vida, siendo sensible a las necesidades y preferencias de la PcD. En este sentido, y por su robustez empírica para la elaboración de la presente guía se ha seguido el modelo MOCA (Verdugo et al., 2021a). Por otro lado, para evaluar dichas áreas o dimensiones psicológicas el profesional de la psicología deberá utilizar, dentro de su metodología, y siempre que existan,

herramientas estandarizadas, es decir, con adecuadas propiedades psicométricas (Sanz y García-Vera, 2013).

Como toda evaluación forense, estas periciales se caracterizan por: a) ser multicomponente, es decir, son muchos los constructos o dimensiones psicológicas a medir, y b) por desarrollarse atendiendo a una perspectiva multimétodo y multifuente, que permita una mayor solidez de los datos a partir de la validez cruzada de los mismos. En este sentido, hay algunas cuestiones específicas de estas evaluaciones que el profesional de la psicología forense deberá tener en cuenta:

- a) La evaluación pericial psicológica debe estar centrada en la PcD. El objeto de estas periciales será valorar las necesidades de apoyo relacionadas con el desenvolvimiento jurídico y, concretamente, orientado a que la persona pueda hacerlo de acuerdo con su voluntad, deseos y preferencias. En definitiva, el fin de la evaluación forense será establecer las medidas de apoyo que permitan el pleno desarrollo de la personalidad de la PcD y su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad (art. 249 CC).
- b) La evaluación directa de la PcD puede verse comprometida por las limitaciones en su funcionamiento cognitivo. En este sentido, puede resultar de interés, muy especialmente en casos de especial dificultad comunicativa, contar con la figura del personal experto facilitador³. La incorporación de esta figura tendrá como objetivo asegurar la participación eficaz de la PcD durante el proceso de evaluación pericial psicológica y facilitar la intervención del profesional de la psicología forense (Plena inclusión, 2022). Los casos de “personas con discapacidades más significativas” o “personas con mayores necesidades de apoyo” son los que revisten mayor dificultad, entre otras cuestiones por la escasez de instrumentos de evaluación y las limitaciones de estrategias de apoyo (Navas et al., 2017). No obstante, el profesional de la psicología forense

³ Naciones Unidas (2020) define la figura del facilitador o intermediario como aquellas “personas que trabajan, cuando es necesario, con el personal del sistema de justicia y las PcD para asegurarse que haya una comunicación eficaz durante los procedimientos legales. Ayudan a las PcD a entender y a tomar decisiones informadas, asegurándose de que las cosas se explican y se hablan de forma que puedan ser comprendidas y que se proporcionen los ajustes y los apoyos adecuados. Los facilitadores son neutrales y no hablan en nombre de la PcD ni del sistema de justicia, ni dirigen las decisiones o resultados o influyen en ellos” (p. 9). En España la Federación Plena Inclusión ha sido la institución que más ha desarrollado esta figura y recientemente ha publicado una propuesta para la implantación profesional de la misma: <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2022/11/Plena-inclusion.-Propuesta-de-desarrollo-profesional-de-la-figura-del-facilitador-procesal.pdf>.

En el Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 se recoge la figura y se definen sus funciones, adoptándose claramente las directrices de Naciones Unidas: “Persona que trabaja, según sea necesario, con el personal del sistema de justicia y las personas con discapacidad para asegurar una comunicación eficaz durante todas las fases de los procedimientos judiciales. La persona facilitadora apoya a la PcD para que comprenda y tome decisiones informadas, asegurándose de que todo el proceso se explique adecuadamente a través de un lenguaje comprensible y fácil, y de que se proporcionen los ajustes y el apoyo adecuados. La persona facilitadora es neutral y no habla en nombre de las PcD ni del sistema de justicia, ni dirige o influye en las decisiones o resultados” (Art. 2f).

prestará especial atención a estos casos por su mayor vulnerabilidad para ejercer su derecho a la autodeterminación.

- c) En ocasiones, las personas con necesidades de apoyo menos intensas podrían mostrar tendencia a adoptar una actitud disimuladora, intentando enmascarar sus déficits, o mostrándose más capaces y funcionales de lo que realmente son.
- d) Se deberá contar con más de un informante que conozca a la persona evaluada (familiares, profesionales o proveedores de apoyos), ya que esto permite aportar más cantidad de información y mayor fiabilidad (facilita la validez convergente de datos).
- e) En ocasiones, será de interés para la evaluación pericial psicológica la valoración de la PcD en el contexto donde desarrolla sus actividades cotidianas (domicilio, centros ocupacionales, comunidad, etc.), así como la valoración en dichos contextos de los sistemas de apoyo que están siendo empleados y la adecuación de los mismos a sus deseos, preferencias y necesidades.
- f) Es importante recopilar, analizar y valorar todos los informes clínicos y dictámenes sobre el grado de discapacidad de los que se disponga sobre el caso, ya que aportarán información sobre la evolución o posible involución de las capacidades previas de la persona.

3. Áreas a explorar e instrumentos a utilizar

Atendiendo a la revisión narrativa de la literatura científica y al consenso del grupo de trabajo, este apartado realiza una propuesta de selección de las distintas áreas o dimensiones psicológicas relevantes para el objeto de estas periciales, consignando en cada una de ellas sugerencias respecto a las posibles pruebas a aplicar, utilizándose el criterio de estandarización y adaptación a población española. Somos conscientes de que muchas de las herramientas propuestas no cuentan con baremos ni adaptaciones específicas para las personas que mayoritariamente van a pasar por un procedimiento de provisión de apoyos (personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, daño cerebral adquirido / afectación neurodegenerativa, o personas con trastorno mental), lo que supone una importante limitación. No obstante, recordamos que las consideraciones forenses deben basarse siempre en un *juicio profesional estructurado* apoyado en la convergencia de datos procedentes de distintas fuentes e instrumentos (Muñoz y Echeburúa, 2013; Nagore, 2019).

3.1. La conducta autodeterminada

Desde esta nueva perspectiva de abordaje psico-legal de las PcD, donde se pone el acento en la valoración de las capacidades y potencialidades de la persona y en los apoyos que puede necesitar para optimizar su funcionamiento individual, el constructo psicológico de autodeterminación adquiere un vital protagonismo por el reconocido

papel que se le atribuye en los procesos de desarrollo de la persona (rendimiento académico, acceso al empleo y vida independiente) y en las prácticas y servicios de las instituciones encargadas de facilitar los apoyos, en definitiva por su relación con la calidad de vida de las PcD (Bliskouská et al. 2022; Gómez et al., 2022; Hagiwara et al., 2021; Vicente et al., 2018a; Wehmeyer, 2020).

El constructo autodeterminación y su impacto en la vida de las PcD, ha sido abordado desde distintos modelos teóricos. El más actualizado es el *modelo de la agencia causal* (Shogren et al., 2015; Wehmeyer, 2004), una reformulación del *modelo funcional de autodeterminación* (Wehmeyer, 1999) que incluye, además, las aportaciones de la psicología positiva y de la concepción socioecológica de la discapacidad (Verdugo et al., 2021). Desde este modelo, la autodeterminación se define como una característica disposicional que se pone de manifiesto cuando la persona actúa como agente causal de su propia vida (Shogren et al., 2015). Desde el punto de vista legal la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define la autonomía como la “capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (art. 2.1 de la Ley). El constructo, complejo y multidimensional, ha sido operativizado en distintas dimensiones y facetas (reflejadas en la Tabla 3).

Tabla 3. Dimensiones y facetas de la autodeterminación. Adaptado de Verdugo et al., 2021b y Vicente et al., 2020.

DIMENSIONES	FACETAS
<p>Acciones Volitivas. Acciones autónomas y libremente elegidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Autonomía</u>: funcionar de manera independiente en los distintos ámbitos de la vida - laboral, personal, social y familiar- de acuerdo con las preferencias e intereses personales. - <u>Autoiniciación</u>: iniciar voluntaria e intencionalmente la conducta haciendo elecciones y tomando decisiones en función de las preferencias e intereses personales.
<p>Acciones Agenciales o de gestión personal. Actuar al servicio de las metas elegidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Autodirección</u>: realizar acciones encaminadas a conseguir metas libremente escogidas. - <u>Autorregulación</u>: adaptar la conducta dirigida a metas en función de los imprevistos que puedan surgir. - <u>Pensar en alternativas</u>: valorar distintas opciones de acción para superar obstáculos en la consecución de objetivos.

Creencias de Control-Acción.
Creencias de la persona sobre el control que ejerce sobre sus acciones.

- Empoderamiento: creencias y actitudes sobre la propia capacidad para defender los derechos, intereses y opiniones.
- Autorrealización: creencias entre las exigencias para alcanzar los objetivos y los medios -capacidades y apoyos- de los que se dispone.
- Control de las expectativas: creencia sobre la relación entre las acciones personales y los logros alcanzados o los cambios que se producen en el entorno.

El *modelo de la agencia causal* se basa en las teorías de la agencia humana que asumen que la acción es autocausada y que las personas quieren ser el origen de su propio comportamiento. La acción autodeterminada se refiere al grado en que la acción es volitiva y agente, impulsada por creencias sobre las relaciones entre acciones (o medios) y fines (Wehmeyer, 2020).

La conducta autodeterminada precisa, para poderse llevar a cabo, de la presencia de factores personales o internos, ambientales o del entorno y de oportunidades disponibles para la persona. Entre los factores personales se han estudiado la edad, el nivel de funcionamiento psicológico y conducta adaptativa, así como determinadas habilidades, creencias y actitudes. Entre los ambientales se han estudiado factores culturales, familiares y educativos. Frente a los primeros estudios, que destacaban la influencia de las variables personales o internas en la autodeterminación, las nuevas investigaciones sugieren una mayor incidencia de las variables del entorno en el desarrollo y expresión de la autodeterminación, al menos en jóvenes con discapacidad intelectual (Vicente et. al., 2018b).

Como demuestra la evidencia, la conducta autodeterminada en la PcD se puede promover y desarrollar, activando los apoyos y las estrategias de intervención adecuadas (Vicente et al., 2018a). En concreto, a través de la adquisición y oportunidades de aprendizaje de múltiples componentes estrechamente relacionados, como, por ejemplo, la resolución de problemas, el establecimiento de metas, la toma de decisiones, la autoevaluación y la monitorización (Mumbardó-Adam et al., 2017).

Para la evaluación de la capacidad de autodeterminación es preciso el acceso a la valoración directa de la PcD ya que necesitamos conocer su voluntad, deseos y preferencias, al ser estas el eje central de las medidas de apoyo que se adopten. Es muy importante que para llevar a cabo la evaluación pericial psicológica se disponga de los apoyos necesarios a la comunicación (facilitador procesal o acompañante, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, etc.). Únicamente se podrá cuestionar la capacidad de autodeterminación de la persona si, después de garantizar estos apoyos a la comunicación, no expone sus preferencias. En estos casos, y como recoge la nueva norma legal, el perito deberá realizar una pericial retrospectiva basándose en la historia previa de la persona para poder inferir, a partir del análisis de otras tomas de decisiones que hubiera adoptado en el pasado respecto a cuestiones parecidas, de sus

valores, opiniones y gustos, informados por terceros, y cuál sería la decisión que la PcD adoptaría en el momento actual.

Por otra parte, la evaluación de la conducta autodeterminada adquiere especial relevancia cuando se evidencia que la realización de la voluntad de la persona con discapacidad le supondría un perjuicio grave, cierto, concreto y actual para la realización de sus derechos fundamentales. En tal caso se hace preciso determinar si sus deseos, preferencias y voluntad están condicionados por la propia necesidad de apoyo, es decir, si son secundarios a la misma, particularmente cuando la persona rechaza la asistencia que se le ofrece. Se trata aquí de determinar si la misma persona, adecuadamente asistida, optaría por una alternativa de decisión distinta de aquella por la cual expresa preferencia y que, por parte del observador externo, se considera que le resulta perjudicial.

También resulta determinante evaluar las posibilidades de que la persona que inicialmente rechaza el apoyo, más adelante, tras adquirir conciencia de su necesidad, pudiera aceptar la asistencia. Tal pronóstico podría fundamentar la procedencia de establecer un apoyo asistencial aún en contra de su voluntad —por un breve periodo de tiempo que exigiría una pronta reevaluación— con la finalidad de adquirir tal conciencia. La pericial habría de contribuir al diseño de un apoyo asistencial colaborativo y evolutivo dirigido a ganar más autonomía y a lograr, finalmente, una configuración del apoyo conformada de común acuerdo con su beneficiario.

Se debe incidir en la relevancia de huir de equivalencias genéricas entre un determinado diagnóstico clínico y una determinada valoración de discapacidad y necesidad de apoyos. Una exhaustiva valoración psicológica forense permitirá conocer el alcance de la afectación de la persona, principalmente en lo referente a su nivel de funcionamiento en las distintas esferas vitales; a partir de ahí, será posible determinar, cuando sea el caso, qué apoyos precisa para el ejercicio eficaz de su capacidad jurídica.

Además de la exploración directa de la PcD, para la evaluación de la autodeterminación se ha elaborado y validado en el contexto español la escala AUTODDIS (Verdugo et al., 2021b). La prueba, construida a partir del *modelo de la agencia causal*, se presenta en formato de heteroinforme (es cumplimentada por personas que conocen muy bien a la persona objeto de la evaluación) y puede aplicarse a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo de entre 11 y 40 años, ambos inclusive. Permite obtener una puntuación para cada una de las dimensiones del constructo y una puntuación total sobre el grado de autodeterminación de la persona. La prueba ha demostrado adecuados índices de fiabilidad y validez (Verdugo et al., 2021b).

Otra estrategia para evaluar autodeterminación sería utilizar escalas que evalúen calidad de vida y que incluyan este constructo entre sus dimensiones. En este sentido, el grupo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) han elaborado y adaptado distintas herramientas, en concreto: la Escala San Martín (Verdugo et al. 2014) para la evaluación de la calidad de vida en personas

adultas (a partir de 18 años) con “discapacidades significativas” o “mayores necesidades de apoyo” y la escala INICO-FEAPS para la evaluación integral de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (Verdugo et al., 2013). Ambas pruebas cuentan con adecuadas propiedades psicométricas y proporcionan información acerca de las distintas dimensiones asociadas al constructo calidad de vida.

La OMS también ha desarrollado el Instrumento para la Medición de la Calidad de Vida (WHOQOL)⁴, que evalúa el bienestar subjetivo en diferentes áreas de la vida. Conceptualmente, los constructos de la calidad de vida y del funcionamiento son, en general, intercambiables. El WHOQOL mide el bienestar subjetivo, es decir, el sentimiento de satisfacción con respecto al desempeño propio en un dominio determinado de la vida. Puede utilizarse en combinación con el cuestionario WHODAS 2.0, del que se hablará más adelante, en el apartado referido a la evaluación de las capacidades adaptativas.

Como se ha señalado, la conducta autodeterminada precisa, no solo de factores internos o personales, sino también de factores contextuales o ambientales que pueden facilitar u obstaculizar su expresión y desarrollo. Además, el contexto juega un papel esencial en la disponibilidad y accesibilidad de los apoyos, en cómo se describen y priorizan y en cómo se planifican e implementan (Schallock et al., 2021).

Desde un enfoque de sistemas, Mumbardó-Adam, et al. (2017), han señalado las siguientes barreras contextuales que pueden limitar la expresión de la autodeterminación y la implementación del perfil individualizado de apoyos (en adelante PIA) y, por tanto, también deberán aparecer como aspectos a explorar, con el objetivo de proponer cambios que los conviertan en factores facilitadores (ver Tabla 4):

Tabla 4. Factores contextuales que pueden obstaculizar la expresión de conductas autodeterminadas. Elaboración propia a partir de Mumbardó-Adam, et al. (2017).

Macrosistema	- Actitudes negativas o falta de conciencia social.
Mesosistema	- No disponer de una red de apoyos con objetivos comunes y que trabaje de forma coordinada y colaborativa. - Rigidez de los procesos organizacionales. - Segregación. - Empleabilidad.

⁴ <https://www.who.int/tools/whoqol>. Adaptación al español disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf

Microsistema

- Sobreprotección (preocupación sobre los riesgos de la vida independiente o incertidumbre sobre el nivel esperado de autodeterminación).
- Falta de oportunidades para expresión de opiniones y deseos personales.
- Intervenciones que no tienen en cuenta a la PcD o que equiparan la autodeterminación únicamente con la elección entre opciones.
- Falta de formación o conocimiento de las estrategias y recursos disponibles y su potencial (desconocimiento de la práctica basada en la evidencia).

El desarrollo de la autodeterminación debe promoverse a través de estrategias específicas y, especialmente, brindando oportunidades personalizadas para practicar esas habilidades (Vicente et al., 2020). La familia y los profesionales de la atención directa suelen configurarse como agentes principales de apoyo al desarrollo de conductas autodeterminadas. La investigación sugiere que los miembros de la familia están menos implicados en promover la vida independiente de las PcD que los profesionales, al menos en el caso de las personas con discapacidad intelectual (Bliskouská et. al., 2022).

Figuras como “el asistente personal”⁵ pueden resultar de interés para potenciar la autodeterminación en PcD (Plena inclusión, 2017).

3.2. La evaluación de la discapacidad intelectual (DI) y del estado psico(patológico)

Entre los factores personales o internos que pueden afectar limitar la expresión y desarrollo de la conducta autodeterminada está la afectación de los procesos psicológicos y actividades mentales que están en la base de esta.

Por otro lado, desde el punto de vista legal, la persona que recibe los apoyos tiene que presentar una discapacidad, aunque no se exija declaración administrativa o laboral al respecto, esta condición tiene que ser objetivada desde un punto científico-técnico. Este es el sentido del informe pericial, en palabras de Garcimartín (2021): *“de no considerarse la discapacidad una situación objetiva y valorable técnicamente no tendría sentido la necesidad de un dictamen pericial”* (pág. 29).

Para valorar el estado actual de la persona en contexto pericial han de tenerse en cuenta diversas medidas, con instrumentos que valoran tanto funciones y procesos cognitivos, como con aquellos dirigidos a la exploración de posible presencia de psicopatología.

⁵ Esta figura es definida como la persona que ayuda a la PcD a desarrollar su vida, no haciendo las cosas “por” ella, sino “con” ella.

En primer lugar, hemos de considerar la evaluación del funcionamiento intelectual como medida general de funcionamiento cognitivo de la PcD, particularmente en las personas con discapacidad intelectual. El funcionamiento intelectual, así como la conducta adaptativa (como se abordará más adelante), siguen siendo variables definitorias en la actual concepción de la discapacidad intelectual; de hecho, estas dos variables han pasado a tener el mismo peso diagnóstico (Schalock et al., 2021).

La Tabla 5 reúne directrices prácticas para evaluar el funcionamiento intelectual según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (Schalock et al, 2021).

Tabla 5. Directrices prácticas para la evaluación del funcionamiento intelectual (Schalock et al, 2021).

1.	Utilizar un instrumento de evaluación actual, fiable, válido, de aplicación individual, exhaustivo, estandarizado y baremado en la población general y que arroje una puntuación de CI total.
2.	Seleccionar pruebas estandarizadas específicas que sean cultural y lingüísticamente apropiadas para la persona, así como para sus limitaciones comunicativas, sensoriales y motoras.
3.	Utilizar los baremos más recientes del instrumento o instrumentos de evaluación seleccionados para medir el funcionamiento intelectual.
4.	Interpretar la puntuación/es CI de la persona teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95% basado en el error típico de medida del test específico utilizado, que ha de ser individualmente aplicado, exhaustivo y estar estandarizado.
5.	Tener en cuenta cualquier posible influencia en los resultados de la prueba, incluidos los factores personales, ambientales y los efectos de la práctica.

Cuando hablamos de funcionamiento intelectual, debemos evaluar un conjunto amplio de procesos mentales integrados, como son la comprensión del contenido complejo, el razonamiento y la abstracción, la capacidad de resolución de problemas, diferentes tipos de aprendizajes a partir de la experiencia, entre otros (Gottfredson, 1997). Los test de inteligencia, tales como las escalas Wechsler en sus diversas versiones, las matrices de Raven, las escalas de Reynolds, o la batería de Kaufman, son solo algunos ejemplos de la diversidad de procedimientos estandarizados de evaluación del funcionamiento intelectual, que desde mediados del S. XX han ido evolucionando constantemente.

El profesional de la psicología forense realizará una exploración psicopatológica de la PcD para delimitar su estado psico(pato)lógico al momento de la exploración, sin dejarse contaminar por los datos aportados en la historia clínica del paciente. Para ello, el/la perito rastreará todos los procesos psicológicos y actividades mentales e identificará sus déficits o alteraciones, sin perder de vista la articulación global de la psicopatología del paciente (Perpiñá y Baños, 2019). Siempre que sea posible, la

técnica de exploración psicopatológica se completará con pruebas psicodiagnósticas estandarizadas como PAI o MMPI (Esbec, 2012b). La presencia de patología dual (discapacidad intelectual o del desarrollo asociada al trastorno mental), así como los casos donde coexistan, además, discapacidades físicas y sensoriales y problemas de conducta asociados, precisarán de un PIA más intenso, generalizado y complejo (Navas et al., 2017).

El diagnóstico psicopatológico (según las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales: OMS o APA), habitualmente aportado en los procedimientos de provisión de apoyos y que son parte de la historia clínica de la persona evaluada, nos puede orientar respecto a la etiología, clínica, curso y pronóstico del cuadro clínico. No obstante, no se puede establecer una equivalencia genérica y automática entre un cuadro clínico y las limitaciones en autodeterminación, pues dentro de cada etiqueta diagnóstica hay una amplia heterogeneidad con un perfil diferenciado de afectación (Boada y Robles, 2009). En este sentido, el estudio de sus funciones ejecutivas puede resultar especialmente interesante, como se aborda en el apartado 3.4.

3.3. La evaluación dimensional de la personalidad

Por la utilidad que puede tener en el contexto de la valoración de la discapacidad y la necesidad de apoyos, procede hacer alusión al abordaje dimensional de la personalidad que propone la APA (2014) dentro del DSM-5. En esta nomenclatura diagnóstica, los deterioros funcionales y los rasgos patológicos de la personalidad contribuyen cada uno de modo independiente a las decisiones clínicas sobre el grado de discapacidad, los riesgos de autolesión, la violencia, el pronóstico y el tipo de tratamiento recomendado, así como la intensidad del mismo. En particular, se apunta que conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos también proporciona al profesional una rica base de información y es valioso para predecir el curso y el resultado de muchos trastornos mentales, además de los trastornos de la personalidad. Por lo tanto, parece relevante la evaluación del funcionamiento de la personalidad y la posible presencia de rasgos de la personalidad disfuncionales tanto si una persona tiene un trastorno de la personalidad como si no. La escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP; *Level Of Personality Functioning Scale-LPFS*), disponible en el manual DSM-5, emplea los cuatro elementos del funcionamiento de la personalidad propuestos en el modelo dimensional:

Self:

1. Identidad: la experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.

2. Autodirección: persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de autorreflexionar productivamente.

Interpersonal:

1. Empatía: comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta en los demás.
2. Intimidad: la profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.

La dificultad en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de un trastorno de la personalidad, y la gravedad del deterioro predice si un individuo tiene más de un trastorno de la personalidad o si sufre uno de los trastornos de la personalidad típicamente más graves. Tal y como explica el DSM-5, se requiere un grado moderado de dificultad en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad. Si se presta atención a la descriptiva que efectúa la Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (ENFP) sobre lo que representa en la práctica un nivel de deterioro moderado de funcionamiento de la personalidad, se pone de manifiesto información que permitiría considerar comprometida, ya en ese nivel, la autodirección de la persona que padece esa alteración de la personalidad (ej. “posee una capacidad deteriorada para reflexionar sobre la experiencia interna”). Cuando se valora un deterioro grave, la apreciación de la autodirección comprende aspectos tales como “posee capacidad limitada de reflexionar y entender sus propios procesos mentales”, “la vida se percibe como carente de sentido o peligrosa”, “tiene dificultades para establecer y/o alcanzar objetivos personales”. Cuando el evaluador aluda a un deterioro extremo de la personalidad, la autodirección se caracterizará por una escasa diferenciación entre pensamientos y acciones, por lo que la capacidad de establecer metas se encuentra gravemente comprometida, con objetivos nada realistas o incoherentes; las normas internas de conducta son prácticamente inexistentes; es profundamente incapaz de reflexionar de manera constructiva acerca de la propia experiencia, las motivaciones personales pueden no reconocerse o atribuirse a experiencias externas o ajenas a uno mismo.

Sin entrar con este ejemplo en los demás elementos definitorios del funcionamiento de la personalidad (identidad, empatía, intimidad), solo la observación y valoración del elemento de autodirección ofrece información de sustancial interés para comprender la discapacidad que presenta la persona (entendida tal y como viene explicándose en este trabajo) y sus posibles necesidades de apoyo (ej. el adherencia a un programa de tratamiento psicológico y seguimiento del mismo, cuando la propia persona no es capaz de darse cuenta de su propia afectación psíquica ni de establecer un mínimo de objetivos personales saludables).

3.4. La evaluación de la neurocognición y la cognición social

La investigación sugiere que la neurocognición y la cognición social se influyen mutuamente y se relacionan, a su vez, con la capacidad funcional, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de las PcD (Quemada et al., 2017). Por ejemplo, se ha constatado que la cognición social tiene una importancia crítica para las relaciones interpersonales, el éxito educativo y los resultados vocacionales en personas con trastorno mental grave, teniendo correlaciones ligeramente más altas que los déficits en neurocognición (Javed y Charles, 2018).

Los déficits neurocognitivos se han relacionado con un funcionamiento anómalo de la corteza prefrontal dorsolateral y con defectos en su conectividad con otras áreas cerebrales. Por su parte, los déficits en cognición social se han asociado a un funcionamiento anormal denominado “cerebro social” que incluye un conjunto de áreas prefrontales, parietales y temporales (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020).

En la actualidad la neurocognición y la cognición social son objetivos importantes en los programas de intervención con PcD, en concreto en personas con trastorno mental grave (especialmente psicosis), personas con trastornos del espectro autista y personas con discapacidad intelectual (Quemada et al., 2017; Rebolleda-Gil, 2020).

Recientemente se encuentra disponible el Test Barcelona para Personas con Trastorno del Desarrollo Intelectual⁶, que supone un novedoso avance para la evaluación estandarizada de las dimensiones neuropsicológicas aplicable a esta población de manera específica, que ha surgido a partir de investigaciones previas (Esteba-Castillo et al., 2017).

Neurocognición: las funciones ejecutivas

El concepto de neurocognición hace referencia a los procesos implicados en el análisis, relación e integración de la información, que incluye diferentes dimensiones o dominios cognitivos. De entre las diversas funciones neurocognitivas, las funciones ejecutivas (en adelante FFEE), como actividades mentales complejas, pueden considerarse las principales responsables de la actividad mental superior humana y, por tanto, esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Lezak, 1982). Sus trastornos, que pueden derivarse de causas muy diversas, pueden provocar dificultades en la iniciativa, en la motivación en la formulación de metas y planes de acción, y en la automonitorización de la conducta.

La evaluación de las FFEE, como centro coordinador de la actividad mental superior humana, resulta fundamental en estas periciales (Boada y Robles, 2009; García-Molina, 2018; Nagore, 2019). Como se mencionaba anteriormente, las FFEE integran la actividad mental compleja y nos permiten formular planes, ejecutarlos,

⁶

<https://test-barcelona.com/es/tienda/serie-a-evaluacion-y-diagnostico/301-test-barcelona-pack-usos-tdi.html>

anticipar posibles consecuencias y adaptar el comportamiento en función de las novedades acontecidas en el ambiente (García-Molina, 2018).

Existe cierto consenso en considerar que las FFEE son un sistema multimodal que está formado por diversos componentes que funcionan de forma interactiva, estando estrechamente interrelacionados entre sí, a la vez que cada uno de ellos supone la representación parcial del funcionamiento ejecutivo global (Portellano y García-Alba, 2014).

Estos componentes se agrupan en: a) esenciales o primarios (ver Tabla 6) y b) auxiliares (explicados en la Tabla 7), que facilitan el control de la actividad mental superior por parte de las FFEE.

Debido a su complejidad y multidimensionalidad, no existe un único instrumento para evaluar las FFEE que permita obtener de forma unitaria una valoración global del constructo. Además, hay que tener en cuenta que muchas de las pruebas que valoran uno de los componentes también están evaluando otros de forma indirecta.

De forma sintética, podemos dividir la evaluación de las FFEE en dos tipos de instrumentos: 1) pruebas de heteroinforme / autoinforme de conducta, y 2) pruebas de ejecución o rendimiento.

Las primeras se utilizan como una buena medida predictiva del funcionamiento cotidiano (Rossignoli-Palomeque y Pérez-Hernández, 2022) y resultan más adecuadas para su uso en contexto forense. El segundo grupo, pese a contar con notable sustento teórico y ser de aplicación clínica generalizada, han recibido críticas por la dificultad para establecer su validez ecológica, dado que el resultado obtenido no siempre resulta generalizable al funcionamiento en la vida diaria del individuo evaluado.

Tabla 6. Componentes esenciales o primarios de las FFEE. Adaptado de Portellano y García-Alba, 2014.

<p>Actualización: facilita la realización de tareas continuas de modo solvente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para adquirir, integrar y manejar nueva información para resolver problemas. - Implica: inteligencia fluida, memoria operativa, lenguaje expresivo, abstracción y razonamiento.
<p>Planificación: permite realizar alternativamente distintas tareas que pueden ejecutarse de forma simultánea o alternante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para determinar, seleccionar y organizar secuencias complejas necesarias para conseguir un objetivo determinado. - Implica: memoria prospectiva, memoria de la fuente y memoria temporal.

<p>Fluencia: ayuda a reclutar otros procesos cognitivos para evocar información necesaria para la actividad mental en curso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para procesar la información y emitir respuestas eficaces y eficientes. - Implica: memoria semántica, categorización, generación semántica.
<p>Flexibilidad: permite realizar la alternancia entre varias tareas cambiantes que se ejecutan de modo simultáneo o alternante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para responder de forma adecuada y pertinente dependiendo del contexto, generando nuevos patrones de conducta que facilitan la alternancia, a la vez que se inhiben aquellas respuestas inadecuadas. - Implica: atención selectiva, atención dividida y memoria prospectiva.
<p>Inhibición: mejora el control en el procesamiento mediante la gestión de distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Omisión de información irrelevante o supresión de respuestas automáticas no ajustadas a la consecución de los objetivos. - Implica: resistencia a la interferencia, atención sostenida e inhibición motora.
<p>Toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selección de la opción más eficaz y eficiente entre las alternativas disponibles. - Implica: conciencia ética, control de los impulsos, autorregulación, capacidad de anticipación y capacidad de inhibición.



Asociación de **Psicología Forense**
de la Administración de Justicia

Tabla 7. Componentes auxiliares de las FFEE. Adaptado de Portellano y García-Alba, 2014.

<p>Atención: fijación y selección de estímulos relevantes inhibiendo otros estímulos distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sostenida. - Atención selectiva. - Atención alternante y dividida.
<p>Memoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria operativa o memoria de trabajo: permite manipular información mientras se realiza una actividad cognitiva. Facilita el aprendizaje asociativo. - Memoria contextual: nos permite situar algún dato o evento en el contexto donde se produjo el aprendizaje. - Memoria temporal: capacidad para ordenar los acontecimientos de la memoria, facilitando su recuerdo secuenciado y ubicando cada evento en el momento en que se produjo. - Memoria prospectiva: capacidad para desarrollar planes programados con anterioridad.
<p>Lenguaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje interior: permite monitorizar las actuaciones mediante verbalizaciones subvocálicas. - El lenguaje también contribuye a utilizar adecuadamente la memoria operativa.
<p>Control motor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidez y precisión motora.
<p>Inteligencia fluida (Gf del modelo de inteligencia Cattell-Horn-Carroll).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para percibir relaciones y resolver problemas nuevos, independientemente de la experiencia previa y de los aprendizajes e instrucción recibida. Se mide habitualmente a través de tareas no verbales y libres de cultura - Habilidades de Gf: inducción, deducción, establecimiento de inferencias, formación de conceptos y generación de hipótesis.
<p>Metacognición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de las capacidades cognitivas personales. Permite evaluar nuestras capacidades y estimar nuestras posibilidades de forma equilibrada.
<p>Control emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control y autorregulación emocional. - Habilidad para participar de manera interactiva con otras personas. - Autoconciencia personal. - Conciencia ética.

En la Tabla 8 se recoge una selección de pruebas, no específicas del contexto forense, que incluyen ambos tipos de instrumentos descritos para evaluar los componentes esenciales de las FFEE.

Tabla 8. Pruebas para evaluar los distintos componentes de las Funciones Ejecutivas. Elaboración propia.

COMPONENTE / TIPO DE EVALUACIÓN	PRUEBA
Actualización	- Subpruebas del Índice de Memoria de Trabajo del WAIS-IV.
Planificación	- Test de los Senderos (TESEN). - Test para la evaluación de las funciones ejecutivas (Anillas).
Fluencia	- Test de Fluidez Verbal (TFV).
Flexibilidad	- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin – Modificado (M-WCST).
Inhibición / Facilitación de interferencias	- Test de Stroop: Colores y Palabras. - Test de los 5 dígitos (FDT). - Tareas “go-no go”.
Evaluación conductual de la Función Ejecutiva mediante auto y heteroinformes	- Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva, BRIEF-A con versión auto y heteroinforme.

Desde el campo de los profesionales que trabajan con personas con trastorno mental grave, en concreto las psicosis, se ha propuesto la batería cognitiva de consenso MATRICS, adaptada al contexto español (Rodríguez-Jiménez et al., 2012). Dicha batería evaluaría tanto aspectos de la neurocognición como de la cognición social. Respecto a la neurocognición valora siete dominios cognitivos que se ha demostrado están afectados en pacientes con esquizofrenia: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas.

Como herramienta de *screening* de las funciones cognitivas, el profesional de la psicología forense cuenta con la prueba SCIP-S adaptada al contexto español (Pino et al., 2ª edición, 2023). Esta herramienta, diseñada especialmente para personas con trastorno mental grave (trastornos psicóticos o afectivos mayores) proporciona una evaluación rápida de los déficits cognitivos mediante cinco pruebas: aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento.

Un aspecto a tener en cuenta en la evaluación forense de las FFEE, sobre todo en el caso de personas con una discapacidad leve y en algunas ocasiones moderada, es

que pueden aparecer discrepancias entre los resultados obtenidos en las pruebas neuropsicológicas aplicadas y el funcionamiento de la PcD en su contexto cotidiano informado por terceros. A la luz de la distinción entre las variedades de instrumentos para la evaluación de las FFEE, esta discrepancia puede resultar esperable, ya que cada uno de ellos, informan de aspectos parcialmente diferentes. Las pruebas conductuales informadas por terceros suelen tener una mayor validez ecológica en cuanto a que recogen las conductas integradas que lleva a cabo la persona y su aplicación en su vida diaria. En contraste, las pruebas de ejecución plantean situaciones estructuradas, más controladas y acotadas, en que las personas con grados leves o moderados de discapacidad pueden manejarse sin muchas dificultades obteniendo puntuaciones dentro de rangos normativos, pero que luego pueden evidenciar un nivel de funcionamiento alterado en su vida diaria. Como suele ser habitual en el campo forense cuando se cuenta con terceros informantes, es importante tener en cuenta el posible sesgo de esta fuente de datos y sus intereses a la hora de proporcionar la información. Por este motivo, como se recomendaba en apartados anteriores, es recomendable contar con diversos informadores (e.g., profesional del centro que atiende a la persona, otros familiares...), para tener una visión lo más completa y ajustada posible a la realidad.

El perfil de deterioro de las FFEE no es estático y, por tanto, evolucionará con el tiempo (avanzando o retrocediendo). De manera que su evaluación resulta de sumo interés para el diseño del plan individualizado de apoyos (PIA), como se expondrá más adelante. Ello nos permitirá pronosticar, a partir de la naturaleza y grado del perfil de déficit encontrado la evolución del PIA que, como se ha señalado, es una exigencia que recoge la Ley 8/2021. Además, puede servir para orientar sobre lo adecuado que resulta derivar a la persona evaluada a una rehabilitación neuropsicológica que le permita mejorar en sus FFEE⁷, y, por ende, revierta en una mejor expresión y desarrollo de la conducta autodeterminada.

En este sentido, resultará de interés el análisis de la historia clínica de la PcD ya que nos permitirá valorar, en el caso de que hayan existido, la eficacia de intervenciones neuropsicológicas previas.

La cognición social

⁷ Las intervenciones neuropsicológicas en personas con disfunción ejecutiva pueden ser de dos tipos (García-Molina, 2018): a) las técnicas restitutivas y b) las estrategias compensatorias. Las primeras, a través del entrenamiento directo de los déficits ejecutivos subyacentes, pretenden recuperar la función (favorecer la recuperación de los medios). La segunda, por el contrario, mediante el entrenamiento de la persona en la utilización de procedimientos alternativos, pretende minimizar las limitaciones funcionales derivadas de los déficits ejecutivos (favorecer la recuperación de objetivos). Esta segunda opción resulta de interés para personas con discapacidades significativas, con poco margen de mejora en sus habilidades cognitivas, ya que la compensación utiliza medios como organizar el entorno para no tener que requerir determinados procesos mentales, utilizar habilidades cognitivas residuales de manera más eficiente o enseñar a la persona a utilizar estrategias y técnicas para alcanzar sus objetivos mediante procedimientos alternativos.

La cognición social (en adelante CS) puede definirse como un conjunto de procesos mentales que intervienen en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales propios y ajenos con el fin de resolver problemas y regular el comportamiento en el contexto interpersonal (Healey et al., 2015). Aunque es un constructo relativamente reciente en la literatura científica, los datos disponibles apuntan a que la CS está estrechamente relacionada con el pronóstico funcional, con lo que se podía constituir una variable que media en las relaciones entre la neurocognición y el funcionamiento (Rodríguez-Jiménez et al., 2012). Se trata de procesos mentales relacionados con cómo los individuos piensan sobre sí mismos, los demás, las situaciones sociales y las interacciones sociales (Haverson et al., 2020). No obstante, los límites del constructo y su estructura interna distan de estar asentados. Esto ocurre porque el constructo CS proviene del trabajo clínico y, por tanto, dependiendo del ámbito de trabajo del profesional de la salud mental, se ha puesto el acento en uno u otro proceso: teoría de la mente (en adelante ToM) en el espectro autista, procesamiento de emociones en el accidente cerebro-vascular, empatía en el traumatismo craneoencefálico, o cognición social en la esquizofrenia (Quemada et al., 2017).

En esta Guía se va a adoptar el modelo de los cinco dominios de la CS proveniente del trabajo con pacientes con esquizofrenia (ver Tabla 9). No obstante, existen otros modelos (para una revisión ver, por ejemplo, Sánchez-Cubillo et al., 2012).

Tabla 9. Dominios de la cognición social. Tomado de Pena-Garijo y Monfort-Escrig (2020)

ToM o mentalización	Habilidad para inferir las intenciones y creencias de los otros.
Percepción Social	Habilidad para identificar roles sociales, reglas sociales y contexto social.
Conocimiento Social	Conciencia o conocimiento de los roles, reglas y objetivos que caracterizan las situaciones sociales.
Sesgo de Atribución	Cómo las personas infieren las causas de eventos concretos positivos o negativos.
Procesamiento Emocional	Cómo las personas identifican, facilitan, entienden y manejan las emociones (percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y manejo emocional).

La falta de consenso respecto a la conceptualización y dominios asociados a la CS dificultan su evaluación de forma estandarizada. Además, las herramientas diseñadas para su evaluación se han encontrado con dos problemas metodológicos: por un lado, las propiedades psicométricas no han estado bien establecidas (muchas de las herramientas se han elaborado con fines de investigación) y, por otro, ha habido un solapamiento entre las áreas que han evaluado distintas herramientas (Healey et al., 2015).

Desde el modelo MATRICS se seleccionó la subprueba de control emocional del test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) para valorar la CS.

Esta prueba psicométrica, adaptada a población española (Extremera y Fernández-Berrocal, 3ª edición, 2023) evalúa la inteligencia emocional como habilidad mediante áreas de ejecución. Se sustenta en la conceptualización del constructo de Inteligencia Emocional del grupo de Mayer y Salovey como capacidad para procesar la información emocional a través de cuatro habilidades emocionales básicas: 1) percepción; 2) asimilación; 3) comprensión, y 4) regulación. El MSCEIT ofrece una puntuación global de inteligencia emocional y dos puntuaciones de área que a su vez están compuestas por dos ramas cada una (área de inteligencia emocional experiencial compuesta por las ramas percepción emocional y facilitación emocional; e inteligencia emocional estratégica formada por las ramas comprensión emocional y manejo emocional).

Recientemente también se ha adaptado la *Observable Social Cognition: A Rating Scale* (OSCARS) que evalúa la CS percibida a través de un informador externo clave (López-Martín et al, 2021). Esta prueba fue diseñada específicamente para evaluar el deterioro de la CS en pacientes con esquizofrenia y concretamente aborda distintos dominios de la CS que se ha comprobado están alterados en estos pacientes: ToM, percepción de emociones, rigidez cognitiva, conclusiones precipitadas y estilo atribucional. La prueba se puede aplicar de dos formas: como una entrevista semiestructurada con la persona con esquizofrenia o como un cuestionario administrado a informantes (Healy et al., 2015).

El perfil de deterioro de la CS, como ocurría con las FFEE, es dinámico, es decir, es susceptible de evolucionar en el tiempo (mejorando o empeorando), por tanto, su evolución también es importante para el diseño del PIA y para la posibilidad de sugerir la idoneidad de implementar un plan de intervención en esta área.

En este sentido, y como también se señalaba en el apartado de la neurocognición y funciones ejecutivas, es de interés analizar la información clínica disponible de la PcD, ya que nos permitirá conocer si se han implementado intervenciones en el ámbito de la CS y qué resultados se han obtenido.

3.5. La conducta adaptativa

El estudio de la conducta adaptativa tiene una larga tradición dentro de la psicología. Aunque habitualmente la evaluación de la conducta adaptativa ha estado ligada al diagnóstico y clasificación de la discapacidad intelectual, estas habilidades son importantes en la evaluación de cualquier tipo de discapacidad (Montero, 2005). Una rigurosa evaluación de la conducta adaptativa permite confeccionar un perfil de las fortalezas y limitaciones de la persona evaluada, y, por ende, delimitar de forma precisa el PIA (Verdugo et al., 2021).

La conducta adaptativa se entiende como el grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Schalock, 2010; pág. 44).

Tras pasar por diferentes conceptualizaciones y estudios factoriales, la conducta adaptativa se considera hoy un constructo complejo y multidimensional compuesto por tres grandes dimensiones que se recogen en la Tabla 10 (Montero et al., 2013; Verdugo, et al., 2021):

Tabla 10. Composición tridimensional de la conducta adaptativa. Elaboración propia a partir de Montero y Fernández-Pinto, 2013 y Verdugo et al., 2021_a.

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS
Conducta adaptativa conceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Hace referencia a las habilidades que reflejan la aplicación de las competencias académicas, adquiridas durante la escolarización, a situaciones de la vida cotidiana. - Incluye: lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, lectura, escritura, autodirección, aspectos relativos a la comprensión del dinero, conceptos numéricos y temporales, solución de problemas, etc.
Conducta adaptativa social	<ul style="list-style-type: none"> - Hace referencia a las habilidades necesarias para establecer relaciones sociales de una manera exitosa. - Incluye: relaciones interpersonales, responsabilidad, autoestima, inseguridad, prudencia, modales, cumplimiento de normas, resolución de problemas sociales, etc.
Conducta adaptativa práctica	<ul style="list-style-type: none"> - Hace referencia a las habilidades necesarias para satisfacer las necesidades personales más directas y para ser un miembro activo de la sociedad. - Incluye: habilidades instrumentales de la vida diaria, habilidades ocupacionales y laborales, manejo del dinero en situaciones cotidianas, seguridad, adaptación a rutinas, cuidado de la salud, realización de viajes y desplazamientos, uso del teléfono, habilidades económico administrativas (conocimiento de lo que supone una hipoteca, conocimiento de los ingresos mensuales, capacidad de administración de sus bienes etc.), habilidades referidas a la salud (posibilidad de seguir de manera adecuada un tratamiento médico, etc.).

La evaluación de la conducta adaptativa cobra protagonismo cuando se introduce como criterio diagnóstico de la discapacidad intelectual en la 5ª edición de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo -AAIDD- (Navas et al., 2010). En la actualidad las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales (OMS y APA) determinan la gravedad de la discapacidad intelectual en función del grado de afectación en conducta adaptativa (leve, moderada, grave o profunda).

Para la evaluación de la conducta adaptativa hay que tener en cuenta algunas características esenciales del constructo (Montero y Fernández-Pinto, 2013; Verdugo et al., 2021a):

- a) Tiene un carácter cultural: lo que se entiende por conducta adaptativa puede variar de unas culturas a otras o de unas zonas a otras dentro de una misma cultura o dentro de un grupo social u otro.
- b) Tiene un carácter evolutivo: el dominio de las conductas adaptativas de una persona debe hacerse siempre atendiendo a su edad. La conducta adaptativa incrementa su complejidad con la edad, aunque tiende a estabilizarse a partir de la edad adulta.
- c) Tiene un carácter situacional: la conducta adaptativa de una persona tiene que interpretarse teniendo en cuenta las características, expectativas y oportunidades mediante las cuales el entorno facilita o dificulta su adquisición, expresión y desarrollo.
- d) Tiene un carácter dinámico y cambiante: por tanto, susceptible de mejora con los apoyos y las intervenciones adecuadas.

Las herramientas disponibles en el contexto español para evaluar la conducta adaptativa podrían agruparse en dos tipos (Montero y Fernández-Pinto, 2013): a) las pruebas estandarizadas, y b) las criteriosales, en las que únicamente se constata la presencia o ausencia de un amplio listado de habilidades adaptativas (e.g., Inventario de Destrezas Adaptativas -CALS; Morreau et al., 2002). Por su mayor idoneidad para su uso en el contexto de exploración forense nos centraremos en las pruebas estandarizadas:

1. Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa (ABAS II; adaptación española de Montero y Fernández-Pinto, 2013). Evalúa conducta adaptativa a lo largo de diferentes rangos de edad. Utiliza la conceptualización tridimensional de la conducta adaptativa propuesta por la AAIDD y las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales. La evaluación puede realizarse a través de informantes que conocen a la persona evaluada o por ella misma (versión autoinforme). Ofrece baremos diferenciados en función de la edad. Proporciona una puntuación para cada uno de los dominios adaptativos y una puntuación general de conducta adaptativa. El proceso de validación ofreció adecuados índices de fiabilidad y validez. Cuenta con valoración por la Comisión de Test del Consejo General de la Psicología (<https://www.cop.es/uploads/PDF/2015/ABAS-TEA.pdf>)
2. Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS; adaptación española de Verdugo et al., 2021). Destinada a la detección de déficits significativos en la conducta adaptativa. Adopta un formato de cuestionario heteroaplicado en formato de entrevista estructurada a familiares, profesionales de atención directa o informantes que conozcan bien a la persona evaluada. Cuenta con tres versiones dependiendo de la edad de la persona evaluada. Proporciona puntuación en las tres dimensiones de la conducta adaptativa, así como un

índice general de conducta adaptativa. Incluye, además, aspectos de la conducta adaptativa que no incluyen otras pruebas, por ejemplo, la ingenuidad, la credulidad o la destreza en las nuevas tecnologías. A nivel metodológico, su uso de la teoría de respuesta al ítem ha permitido crear una prueba más informativa y discriminativa, ya que ofrece puntuaciones ajustadas a cada persona evaluada basada en su edad y las respuestas a cada uno de los ítems.

3. Aún pendiente de ser publicada, próximamente dispondremos de la DICAIE, Exploración Cognitiva de personas con Trastorno del Desarrollo Intelectual y Apoyo Extenso (Hogrefe-TEA Ediciones). Está diseñada para ofrecer un perfil cognitivo general de personas con discapacidad intelectual moderada o grave, capacidad verbal limitada (o nula) y con necesidad de soporte extenso.
4. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHODAS 2.0). Este cuestionario es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para ofrecer un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad independiente del contexto cultural. Los aspectos que hacen que WHODAS 2.0 sea particularmente útil son: su sólido respaldo teórico, sus buenas propiedades psicométricas, sus numerosas aplicaciones en diferentes grupos y contextos y su facilidad de uso. El WHODAS 2.0 puede ser auto-administrado en alrededor de 5 minutos, y a través de una entrevista en 20 minutos; la versión más completa dispone de 36 ítems y dispone de versiones para el contraste de la información proporcionada por la persona a valorar, como son las de una figura terapeuta y un familiar o allegado. El instrumento es sencillo de puntuar y de interpretar, es de dominio público⁸, y se encuentra disponible en más de 30 idiomas.

De nuevo, tal como sucede con las funciones ejecutivas y la cognición social, la conducta adaptativa tampoco es un constructo estático sino dinámico, que evoluciona con el tiempo (mejorando o empeorando). Su evaluación, por tanto, es de interés no solo para el diseño del PIA, sino también para el seguimiento de la PcD.

3.6. El perfil individualizado de apoyos (PIA)

Las necesidades de apoyo son un constructo psicológico definido como “el patrón y la intensidad de los apoyos que una persona necesita para participar en actividades relacionadas con un funcionamiento humano típico” (Thompson et al, 2009, p. 135).

Para dar una respuesta adaptada a las necesidades de cada PcD, que es el objeto de estas periciales, es prioritario el diseño del PIA. El PIA consiste en delimitar el tipo y la intensidad de apoyos que necesita la persona y las instituciones o personas

⁸https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=660DB85E271DB5C6ECB0EDFC8ADCF05E?sequence=1

responsables de proporcionarlos (Baños-García et al., 2017). El PIA debe promover el desarrollo y los intereses de la PcD y mejorar su funcionamiento y bienestar personal.

El sistema de apoyos hace referencia a una amplia gama de recursos y estrategias cuyo objetivo es prevenir o mitigar las limitaciones derivadas de una discapacidad para mejorar el funcionamiento y el bienestar de la PcD (Verdugo et. al., 2021a). El sistema de apoyos debe ser flexible, personalizado y respetuoso con las decisiones de la PcD, su seguridad y su dignidad (Plena Inclusión, 2017). Tradicionalmente, el sistema de apoyos se ha organizado en torno a nueve áreas (Verdugo y Schalock, 2010): 1) desarrollo humano; 2) enseñanza y educación; 3) vida en el hogar; 4) vida en la comunidad; 5) empleo; 6) salud y seguridad; 7) conductual; 8) social; y 9) protección y defensa.

Desde el ámbito científico, existe cierto consenso en que la evaluación y planificación de apoyos a las PcD debería reunir los siguientes requisitos (Schalock y Luckasson, 2021; Schalock et. al 2021):

- Estar centrada en la PcD, que implica planificar los apoyos en función del patrón y la intensidad de las necesidades de apoyo evaluadas en las principales áreas de actividad de la vida, el patrón y la intensidad de las necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual, y los objetivos personales del individuo. El enfoque centrado en la persona también se focaliza en: a) apoyar condiciones facilitadoras que impliquen equidad, flexibilidad, disponibilidad y accesibilidad de apoyos, entornos seguros, información sobre los elementos de los sistemas de apoyos y consistencia en la provisión de apoyos; y b) apoyar relaciones que incluyan respeto, capacidad de respuesta, confiabilidad, comunicación, compromiso, comprensión y empatía.
- Ser integral, lo que implica el empleo de sistemas de apoyo cuyos elementos incluyen: a) elección y autonomía personal; b) entornos inclusivos; c) apoyos genéricos; y d) apoyos especializados (tal como refleja la Tabla 11).
- Estar coordinada, es decir, diseñada desde un enfoque sistemático e integrado que implica alinear las metas personales y las necesidades de apoyo con estrategias de apoyos específicas, implementar y revisar el PIA, monitorizar su efectiva implementación, incorporar cambios y enfatizar un formato fácil de usar que sea desarrollado por un equipo de apoyo con un funcionamiento horizontal que incluya de manera significativa a la PcD.
- Usar un marco orientado a resultados. Este marco construido en torno a dimensiones del funcionamiento humano o dominios de calidad de vida/bienestar personal, es utilizado para alinear las necesidades de apoyos, las estrategias de apoyo y los indicadores de resultados valiosos.
- Debe incluir en su evaluación el uso de una escala de necesidades de apoyo estandarizada y aplicada individualmente.

Tabla 11. Elementos de los sistemas de apoyo. Adaptado de Schallock et al., 2021.

ELEMENTO	ACCIONES
Elección y autonomía personal	<ul style="list-style-type: none"> - Crear oportunidades para que la PcD pueda elegir y ejercer la autodeterminación. - Reconocer la capacidad jurídica de la PcD en igualdad de condiciones. - Apoyar a la PcD en la toma de decisiones.
Ambientes inclusivos	<ul style="list-style-type: none"> - Crear entornos naturales en los que las personas con y sin discapacidad estén incluidas y valoradas. - Facilitar a la PcD el acceso a recursos, información y relaciones. - Proporcionar a la PcD apoyos para fomentar el crecimiento y el desarrollo personal. - Ofrecer a la PcD oportunidades para satisfacer necesidades psicológicas relacionadas con la autonomía, competencia y conexiones.
Apoyos genéricos u ordinales (disponibles para toda la población)	<ul style="list-style-type: none"> - Crear y mantener a la PcD redes naturales de apoyo (familia, amigos, compañeros, etc.). - Utilizar la tecnología como dispositivos de apoyo e información. - Utilizar prótesis (ayudas sensoriales y dispositivos de asistencia motora). - Proporcionar a la PcD educación a lo largo de la vida. - Proporcionar adaptaciones físicas y de otro tipo que permita a la PcD desenvolverse en su entorno y llevar a cabo sus tareas cotidianas.
Apoyos especializados	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones profesionales en la esfera biomédica, psicoeducativa, sociocultural y jurídica.

El sistema de apoyos debe entenderse, por un lado, como una vía de realización de la autonomía de la PcD, pero no debe identificarse con ella, y, por otro, debe percibirse como un acompañamiento para potenciar las habilidades adaptativas de la PcD, pero no como una sustitución de aquellas, y siempre debería contar con el consentimiento de la persona (Etxeberria, 2016).

Como herramienta para apoyarse en el diseño del PIA, la Psicología Forense cuenta con la Escala de Intensidades de Apoyos (SIS; adaptada al contexto español por Verdugo et. al., 2007). Este instrumento fue elaborado por la AAIDD para evaluar la naturaleza y la intensidad de los apoyos que precisa una PcD para participar plenamente en la vida de la comunidad. La SIS consta de tres secciones: a) escala de necesidades de apoyo, recoge 49 actividades de la vida diaria agrupadas en 6 dominios (actividades de la vida en el hogar, actividades de la vida en la comunidad, actividades de aprendizaje a lo largo de la vida, actividades de empleo, actividades de salud y seguridad y actividades sociales); b) la escala suplementaria de protección y defensa (evalúa 8 actividades) y c) la sección de necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual (evalúa las necesidades de apoyo relacionadas con 15 condiciones médicas

y 12 problemas de conducta). La SIS se aplica en formato de entrevista semiestructurada a la propia PcD y/o a informantes que conozcan bien a la persona evaluada.

Las recomendaciones en relación con el PIA que formule el profesional de la psicología forense deben ayudar a priorizar los objetivos de la persona, las necesidades de apoyo y los resultados deseados por la PcD (Schalock et al, 2021). En los casos donde se detecte riesgo para la aplicación y desarrollo del PIA, debería proponerse una supervisión del mismo con revisiones periódicas que irán espaciándose en el tiempo en función de la obtención de logros en la implementación y mantenimiento del PIA. En este sentido, la Ley 8/2021 recoge la necesidad de que todas las sentencias tienen que ser revisadas de oficio, al menos cada tres años y, adicionalmente, en cualquier momento que fuera solicitado por alguna de las partes.

4. Síntesis de la propuesta de protocolización respecto a las periciales psicológicas de provisión de apoyos

En la Tabla 12 se presenta una síntesis de las orientaciones propuestas a lo largo de la presente Guía para facilitar el diseño del proceso de evaluación pericial psicológica de provisión de apoyos para la PcD, así como la integración de la información obtenida.

Para cada caso, el profesional de la psicología forense tendrá que seleccionar la batería de instrumentos de evaluación que mejor se ajuste a las características de la PcD objeto de evaluación, procurando, si es preciso, que cuente con los apoyos necesarios que le permitan participar plenamente en el proceso de evaluación (i.e., presencia de la figura del personal experto facilitador).

Muchas de las pruebas propuestas carecen de baremos específicos para la población habitualmente necesitada de apoyos (personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, personas con daño cerebral / enfermedades neurodegenerativas, y personas con trastorno mental), lo que supone una limitación.

No obstante, se reitera que las consideraciones forenses deben basarse siempre en un *juicio profesional estructurado* basado en la convergencia de datos procedentes de distintas fuentes e instrumentos (Muñoz y Echeburúa, 2013; Nagore, 2019).



Asociación de **Psicología Forense**
de la Administración de Justicia

Tabla 12. Áreas de exploración y metodología propuesta para el diseño de la evaluación pericial psicológica en los procedimientos judiciales de provisión de apoyos. Elaboración propia a partir del proceso de evaluación presentado en la Guía.

AREAS A EXPLORAR	JUSTIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
Conducta Autodeterminada	El grado de autodeterminación de la PcD nos orientará para valorar sus preferencias respecto al PIA. Su evaluación es fundamental para establecer apoyos que faciliten la elección y autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso directo a la evaluación de la PcD. - Escala AUTODDIS. - Escala San Martín. - Escala INICO-FEAPS.
Análisis contextual ⁹	Los factores contextuales pueden facilitar u obstaculizar la adquisición, expresión y desarrollo de la conducta autodeterminada. Juegan un papel esencial en la disponibilidad y accesibilidad de apoyos, así como en su diseño, planificación e implementación.	<ul style="list-style-type: none"> - Historia socio-familiar. - Análisis documental. - Entrevistas. - Visitas domiciliarias. - Coordinación interprofesional.
Estado psico(pato)lógico y patologías asociadas ¹⁰	La etiología, curso y pronóstico de los trastornos que presenta la PcD, así como la coexistencia de otros problemas de salud (físicos, sensoriales o conductuales) influyen en el tipo e intensidad de los apoyos necesarios (PIA).	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la historia clínica de la PcD. - Exploración psicopatológica. - Pruebas psicodiagnósticas (PAI, MMPI, etc.) - Escala del nivel de funcionamiento de la Personalidad (ENFP). - Cuestionario para la valoración de los rasgos patológicos de la personalidad y dimensiones (PID-5).
Funcionamiento intelectual	Como medida de la inteligencia fluida (Gf) y de habilidades para el razonamiento hipotético-deductivo, establecimiento de inferencias, y formación de conceptos. Su evaluación será completada con la evaluación de la conducta adaptativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas Wechsler. - Escalas de Inteligencia de Reynolds (RIAS y RIST). - Matrices TAI / Matrices (versión lápiz y papel) - Matrices Progresivas Raven-2. - Test de Inteligencia No Verbal (TONI-4).

⁹ Esta área puede ser complementada con la evaluación por parte de los profesionales del Trabajo Social.

¹⁰ En el caso de que la PcD presente deficiencias físicas y/o sensoriales u otros problemas de salud somáticos, la exploración pericial psicopatológica debería completarse con otra de tipo médico forense.

<p>Neurocognición: Funciones Ejecutivas</p>	<p>Son la base neuropsicológica de la conducta autodeterminada. Su análisis multicomponente permite proponer dentro del PIA apoyos especializados en el campo de la rehabilitación neuropsicológica, que permitan mejorar la capacidad de las PcD para alcanzar sus objetivos.</p>	<p><i>Actualización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de memoria de trabajo del WAIS-IV. <p><i>Planificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de los Senderos (TESEN). - Test para la evaluación de las Funciones Ejecutivas (Anillas). <p><i>Fluencia ideacional:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de Fluencia Verbal (TFV). <p><i>Flexibilidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - M-WCST. <p><i>Inhibición / Facilitación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de Stroop. - Test de los 5 Dígitos (FDT). - Tareas “go-no go”. <p><i>Baterías estandarizadas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva BRIEF-2. <p><i>Específica para personas con trastorno del desarrollo intelectual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test Barcelona para personas con trastorno del desarrollo intelectual. <p><i>Específicas para personas con trastorno mental:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Screening</i> de Deterioro Cognitivo (SCIP-S). - Batería cognitiva de consenso MATRICS.
<p>Cognición Social</p>	<p>Engloba los procesos mentales de relevancia para la interacción social. Su análisis permite proponer dentro del PIA apoyos especializados en el campo de la rehabilitación neuropsicológica que permitan mejorar la interacción social de la PcD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT). <p><i>Específica para personas con trastorno mental:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Observable social Cognition (OSCARS).
<p>Conducta Adaptativa</p>	<p>El perfil de habilidades adaptativas es importante para identificar áreas en las que son necesarios apoyos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS II). - Escala de diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS). - Observación sistemática no participante en contexto natural (interacción de la PcD en su entorno). <p><i>Específica para personas con trastorno del desarrollo intelectual:</i></p>

		- Exploración cognitiva de personas con trastorno del Desarrollo Intelectual y apoyo Extenso (DICAЕ, próxima publicación).
Intensidad de apoyos	Para evaluar la naturaleza y la intensidad de los apoyos que precisa una PcD para participar plenamente de su vida en la comunidad, especialmente referido al procedimiento judicial de provisión de apoyos.	- Escala de Intensidad de los Apoyos (SIS).

Para la toma de decisiones, el profesional de la psicología debe tener en cuenta que las distintas áreas evaluadas actúan entre sí de una manera coordinada e interrelacionada, y que este funcionamiento interactivo ha de contemplarse en el diseño del PIA. Además, como señala la propia Ley 8/2021 la intervención de la Psicología Forense deberá coordinarse con el resto de disciplinas forenses (sanitarias y sociales) para ofrecer la respuesta integral que más se ajuste a los deseos, preferencias y necesidades de la PcD.

El PIA debería incluir estrategias específicas en dos áreas concretas: a) apoyos en relación con el fomento de la conducta autodeterminada en la PcD, y b) apoyos dirigidos a mejorar la participación de la PcD en su entorno (hogar, comunidad, aprendizaje, empleo, salud y seguridad, y relaciones sociales). En cada una de estas áreas habrá que especificar el carácter de estos apoyos, genéricos y/o especializados, y su intensidad.

Por último, el juicio profesional estructurado emitido por el profesional de la psicología forense debería adaptarse a los estándares fijados internacionalmente en la evaluación de PcD (adaptado de Schalock, et al., 2021):

- a) Debe basarse en el respeto explícito e implicado por la PcD y en el conocimiento específico de su situación personal y contextual.
- b) Debe basarse en el método de la práctica basada en la evidencia, que permite ir más allá de “opiniones expertas” para centrarse en datos.
- c) Debe basarse en una formación altamente especializada y experiencia acreditada en el ámbito de la psicología forense y de la discapacidad.
- d) Debe basarse en una perspectiva multimétodo-multifuentes, esto es, debe utilizar múltiples datos, recogidos sistemáticamente, como criterio para la toma de decisiones y formulación de recomendaciones.
- e) Debe emplear habilidades de pensamiento crítico que incluyen el análisis, alineamiento, síntesis, pensamiento sistémico y transformador.
- f) Debe adherirse a las normas deontológicas de la profesión de la psicología.
- g) Debe integrar información del microsistema, mesosistema y macrosistema en el proceso de evaluación y toma de decisiones.

- h) Debe incorporar en el proceso de evaluación la perspectiva multidimensional del funcionamiento humano (funcionamiento cognitivo, conducta adaptativa, salud, participación y contexto).
- i) Debe focalizarse en los resultados personales relacionados con las dimensiones del funcionamiento humano y en las áreas de bienestar personal.

5. Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Española de Fundaciones Tutelares (2020). *Investigación sobre apoyo a la toma de decisiones*.

Recuperado de: <https://www.fiscal.es/documents/20142/bff47b14-2d6c-aa90-f29e-eb2a95a1ff4>.

Asociación Española de Fundaciones Tutelares (2016). Estudio sobre la situación de la tutela de las personas adultas con discapacidad intelectual en España. Recuperado de: http://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2021/08/5.-Recursos_Proyectos_I_N_EstudioTutela15.pdf

Association of Family and Conciliation Courts (2019). Guidelines for the use of social science research in family law. *Family Court Review*, 57(2), 193-200.

Baños, M^a.E., Lezcano, F., García-Mate, E. y Casado, R. (2017). Aplicaciones informáticas dirigidas a jóvenes y adultos con discapacidad intelectual para el desarrollo de las áreas de apoyo. *Siglo Cero*, 48(2), 7-24.

Bliskouská, M., Martínez-Tur, V., Patrás, L., Moliner, C., Gracia, E. y Ramos, J. (2022). Using autonomous teams to improve quality of life of people with intellectual disabilities. *Applied Research Quality of life*, 17, 2387-2403.

Boada, M. y Robles, A. (Ed.) (2009). Documento Sitges 2009. *Capacidad para tomar decisiones durante la evaluación de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación*. Editorial Glosa, S. L.

Canimas, J. (2016). Decidir por el otro a veces es necesario. *Cuadernos de la Fundació Victor Grífols i Lucas*, 39, 13-31.

De Verda y Beamonte, J.R. (2022). Primeras resoluciones judiciales aplicando la Ley 8/2021, de 2 de junio en materia de discapacidad. En Diario La Ley (versión electrónica): <https://diariolaley.laleynext.es/dli/2022/03/03/primeras-resoluciones-judiciales-aplicando-la-ley-8-2021-de-2-de-junio-en-materia-de-discapacidad>

Delgado, S. (2004). Evaluación de la capacidad de obrar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 97-131.

Esbec, E. (2012a). Avances y exigencias de la prueba pericial en el proceso de modificación y delimitación de la capacidad de obrar. La capacidad en los trastornos mentales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 149-179.

Esbec, E. (2012b). Un modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 121-147.

Esteba-Castillo, S., Peña-Casanova, J., García-Alba, J., Castellanos, M.A., Torrents-Rodas, D., Rodríguez E., et al. (2017). Test Barcelona para discapacidad intelectual: un nuevo instrumento para la valoración neuropsicológica clínica de adultos con discapacidad intelectual. *Revista de Neurología*, 64: 433-44.

Etxeberria, X. (2016). Autonomía y decisiones de representación/sustitución en personas con discapacidad intelectual. Perspectiva ética. *Siglo Cero* 47(1), 55-66.

Fernández-González, M^a. B. (2021). Discapacidad y ejercicio de la autonomía personal. En M^a. B. Fernández-González. *Sistema de apoyos para personas con discapacidad. Medidas jurídico-civiles y sociales* (pp. 13-32). Dykinson.

Ganzenmüller, C. y López-Mora, N. (2021). La función del Ministerio Fiscal en la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad. En J. M. Fernández (Dir.). *Guía de buenas prácticas sobre el acceso a la justicia de las personas con discapacidad* (pp.165-186). Consejo General del Poder Judicial.

García-Molina, A. (2018). *Evaluación de las funciones ejecutivas. Guía de Evaluación. Síntesis.*

Garcimartín, R. (2021). *La provisión judicial de apoyos a personas con discapacidad.* Aranzadi.

García-Rubio, M^a. P. (2021). La reforma operada por la Ley 8/2021 en materia de apoyo a las personas con discapacidad: planteamiento general de sus aspectos civiles. En E. Llamas, N. Martínez y E. Toral (Dir.). *El nuevo Derecho de las capacidades. De la incapacitación al pleno reconocimiento* (pp. 47-78). Wolters Kluwer.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy S. C. y Kenworthy, L. (2017). *BRIEF-2. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva* (M. J. Maldonado, M. C. Fournier, R. Martínez-Arias, J. González-Marqués, J. M. Espejo-Saavedra y P. Santamaría, adaptadores). Hogrefe TEA Ediciones.

Goikoetxea, M., Armesto, R., Arrizabalaga, P., García, J., Fernández, M^a. C., Domínguez, E., Duque, T., Arrieta, G., Medrano, J., Peleteiro, M^a. L., Iturriondobeitia, A., Zuberogoitia, O. y Murillo, S. (2022). *Guía: Provisión de apoyos a las personas con discapacidad para el ejercicio de la capacidad jurídica.* Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.

Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., Barbería-Marcain, E., Clos, D. y Arimany-Manso, J. (2014). Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinaria. Cartas al Editor. *Neurología*, 29(1), 62-64.

Gómez, L. E., Morán, M. L., Al-Halabí, S., Swerts, C., Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2022). Quality of life and the international convention on the rights of persons with disabilities: consensus indicators for assessment. *Psicothema*, 34(2), 182-191.

Gómez, L. E., Schalock, R. L., y Verdugo, M. Á. (2021). A quality of life supports model: Six research-focused steps to evaluate the model and enhance research practices in the field of IDD. *Research in developmental disabilities*, 119, 104112.

González-Casas, D., Ducca, L. V. y García, C. (2020). La incidencia del apoyo social comunitario en la calidad de vida de personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 51(3), 83-103.

Gottfredson, L.S. (1997). Mainstream science on intelligence: An editorial of 52 signatories, history, and bibliography. *Intelligence*, 24(1), 13-24.

Guija, J. A., Sánchez-Carazo, C., Martínez-Maroto, A. y Gómez-Hermoso, R. (2021). Mejoras en la Administración de Justicia para atender a las personas con discapacidad psíquica, psicológica (cognitiva) y a las personas mayores vulnerables. Una visión desde la Psiquiatría y Psicología Forense, la Bioética y la Gerontología. En J. M. Fernández (Dir.). *Guía de buenas prácticas sobre el acceso a la justicia de las personas con discapacidad* (pp. 257-269). Consejo General del Poder Judicial.

Hagiwara, M., Shogren, K. A., y Turner, E. L. (2021). Examining perceptions toward self-determination of people with disabilities: A meta-synthesis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34. 717-737.

Haverson, T. F., Hajdúk, M., Pinkham, A. E., Harvery, P. D., Jarskog, L. F., Nye, L. y Penn, D. L. (2020). Psychometric properties of the observable social cognition rating scale (OSCARS): self-report and informant-rated social cognitive abilities in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 286: 112891

Healey, K. M., Combs, D. R., Gibson, C. M., Keefe, R. S. E., Roberts, D. L. y Penn, D. L. (2015). Observable social cognition: A rating scale (OSCARS): An interview-based assessment for schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry* 20(3), 198-221.

Inclusión Internacional (2014). Independiente pero no solo. Informe mundial sobre el derecho a decidir.

Recuperado de: <https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/independiente-pero-no-solo-web.pdf>

Javed, A. y Charles, A. (2018). The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 157.

Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 7, 281 -297.

Llamas, E., Martínez-Rodríguez, N. y Toral, E. (2021). *El nuevo derecho de las capacidades. De la incapacitación al pleno reconocimiento*. Madrid: Wolters Kluwer.

López-Martin, A., Pérez-Revuelta, J., García-Spinola, E., Torrecilla-Olavarrieta, R., Pérez-Morenilla, A., López-García, A., Mongil-SanJuan, J., Rodríguez-Gómez, C., Pascual-Paño, J. M., Villagrán-Moreno, J. y González-Sainz, F. (2021). Evidence of validity and reliability of the Spanish versión of the “Observable Social Cognition: A ranting scale” (OSCARS) in patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(6), 253-268.

Medina-Gómez, M. B., García-Alonso, M. I. y Antolín, V. (2015). Validación preliminar de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2 en España. *Acta de Investigación Psicológica* 5(2), 2076-2086.

Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

Montero, D. (2005). La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 277-293.

Mumbardó-Adam, C., Vicente, E., Giné, C., Guadia-Olmos, J., Raley, S. K., Verdugo, M. A. (2017). Promoviendo la autodeterminación en el aula: el modelo de enseñanza y aprendizaje de la autodeterminación. *Siglo Cero*, 48(2), 41-59.

Muñoz, J. M. y Echeburúa, E. (2013). La evaluación pericial psicológica: propuestas de estructuración y pautas para la elaboración del informe psicológico forense. En J. M. Pozueco (Coord.), *Tratado de psicopatología criminal, psicología jurídica y psiquiatría forense* (pp.965-988). Madrid: EOS.

Naciones Unidas (2020). *Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/10/Access-to-Justice-SP.pdf>.

Nagore, A. (2019). *Neuropsicología forense. Una disciplina emergente*. Síntesis.

Navas, P., Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41(3), 28-48.

Navas, P., Verdugo, M. A., Martínez, S., Sainz, F. y Aza, A. (2017). Derechos y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo. *Siglo Cero*, 48(4), 7-66.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de: file:///D:/Perfiles/jmv32/Downloads/9789240685215_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Medición de la Salud y la Discapacidad Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, WHODAS 2.0*. Disponible en formato electrónico: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=BB4D5DF95B9B50EB3C2E81B9736893DF?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Pena-Garijo, J. y Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 109-130.

Perpiñá, C. y Baños, R. M.^a (2019). *Manual básico de exploración psicopatológica*. Síntesis.

Plena Inclusión (2017). *Asistencia personal: una herramienta clave para el ejercicio del derecho a la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Plena Inclusión.

Plena Inclusión (2022). *Facilitador procesal. Propuesta de desarrollo profesional de la figura*. Plena Inclusión.

Portellano, J. A. y García-Alba, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Síntesis.

Quemada, J. I., Rusu, O. y Fonseca, P. (2017). La cognición social y su contribución a la rehabilitación de los trastornos de conducta por traumatismo craneal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 36-42.

Rebolleda-Gil, C. (2020). *Neurocognición, cognición social y metacognición en psicosis*. Pirámide.

Rodríguez-Jiménez, R., Bagney, A., Moreno-Ortega, M., García-Navarro, C., Aparicio, A. I., López-Antón, R., de la Oliva, J., Jiménez-Arriero, A., Santos, J. L., Lobo, A. y Palomo, T. (2012). Déficit cognitivo en la esquizofrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery. *Revista de Neurología*, 55(9), 549-555.

Rojas, S. y Haya, I. (2017). "Nos gustaría que nos acompañasen en nuestras decisiones". Algunas cuestiones que preocupan a personas adultas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 48(3), 55-72.

Rosignoli-Palomeque, T., y Perez-Hernandez, E. (2022). Validity of The Evaluation System of Children and Adolescents to Measure Executive Functions: Convergent Validity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 40(7), 853-864.

Sánchez-Cubillo, I., Tirapu, J. y Adrover-Roig, D. (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En J. Tirapu, A. García, M. Ríos y A. Ardilla, *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas* (pp. 351-390). Barcelona: Viguera.

Sanz, J. y García-Vera, M.^a P. (2004). Directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito clínico forense. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 105-137.

Schalock, R. L. (2017). Seis ideas que están cambiando el campo de las discapacidades intelectuales y del desarrollo en todo el mundo. *Siglo Cero*, 49(1), 7-19.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntix, V., Coulter, M., Craig, E., Gómez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reere, A., Schogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo, M., Wehmeyer, M. y Yeager, M. (2020). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11Ed.)*. American Association of Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock, R. L. y Luckasson, R. (2021). Defining, diagnosing, classifying, and planning supports for people with intellectual disability: An emerging consensus. *Siglo Cero*, 52(3), 29-36.

Schalock, R. Luckasson, R. y Tassé, M. (2021). *Discapacidad intelectual. Definición, diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyo (AAIDD, 12ª edición)*. M.A. Verdugo y P. Navas, traductores). Hogrefe TEA Ediciones.

Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A, Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D. L., Craig, P., Gómez, S. C., Lachapell, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M. J., Verdugo, M. A. y Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2), 135-147.

Torres, M^a. E. (2020). *La capacidad jurídica a la luz del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad*. Boletín Oficial del Estado.

Vega, V., Álvarez-Aguado, I., Spencer, H. y González-Carrasco, F. (2020). Avanzando en autodeterminación: estudio sobre las autopercepciones de personas adultas con discapacidad intelectual desde una perspectiva de investigación inclusiva. *Siglo Cero*, 51(1), 31-52.

Ventura, S. (2016). La evolución de la jurisprudencia española en relación a la incapacitación. ¿Cómo ve el sistema judicial la propuesta de Naciones Unidas? *Cuadernos de la Fundació Victor Grífols i Lucas*, 39, 49-57.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Publicaciones INICO.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. y Hierro, I. (2014). *Escala San Martín*. Santander: Fundación Obra San Martín.

Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 4(4), 7-21.

Verdugo, M. A., Schalock, R., Gómez-Sánchez, L. (2021_a). El modelo de calidad de vida y apoyos: La unión de 25 años de caminos paralelos. *Siglo Cero* 52(3), 9-28.

Verdugo, M., Vicente, E., Guillen, V., Sánchez, S., Ibáñez, A. y Gómez, E. L. (2021_b). A measurement of self-determination for people with intellectual disability: description of the AUTODDIS scale and evidences of reliability and external validity. *International Journal of Developmental Disabilities*.

Vicente, E., Mumbardó-Adam, C., Coma, T., Verdugo, M. A. y Giné, C. (2018a). Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: revisión de conceptos, su importancia y retos emergentes. *Revista Española de Discapacidad* 6(2), 7-25.

Vicente, E., Guillén, V. M., Verdugo, M. A. y Calvo, M^a. J. (2018b). El rol de los factores personales y familiares en la autodeterminación de jóvenes con discapacidad intelectual. *Psicología Educativa*, 24(2), 75-83.

Vicente, E., Mumbardó-Adam, C., Guillén, V., Coma-Rosellón, T., Bravo-Álvarez, M., Sánchez, S. (2020). Self-determination in people with intellectual disability: the mediating role of opportunities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 6201.

Vivas-Tesón, I. (2008). La horizontalidad de los derechos fundamentales. *Bienes de la personalidad: XIII Jornadas de la Asociación de Profesores de Derecho Civil*. Pp. 205-213.

Wehmeyer, M. L. (2004). Beyond self-determination: causal agency theory. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16 (4), 337-359.

Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Little, T. D., López, S. J. *Development of self-determination through the life-course*. Springer Dordrecht.

Wehmeyer, M. L. (2020). The importance of self-determination to the quality of life of people with intellectual disability: a perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11): 7121.

World Health Organization. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF*. Organización Mundial de la Salud.

ANEXO

MODELO DE ESTRUCTURA DEL INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE APOYOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Título: Informe pericial psicológico o Informe psicológico forense.

Identificación: datos identificativos del profesional de la psicología que ha elaborado el informe, datos identificativos del procedimiento judicial y del juzgado demandante de la pericial.

Objeto de la pericial: se transcribirá de forma literal la demanda realizada por el órgano judicial. Un ejemplo representativo de la solicitud pericial es: *“emita informe sobre el rendimiento intelectual de valorando C.I., estado emocional y rasgos de personalidad, así como grado de autonomía para su autocuidado y gestión de sus intereses patrimoniales, especificando qué medidas de apoyo precisa para garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica”*.

Metodología: la metodología utilizada puede presentarse organizada de la siguiente forma:

- a) Entrevistas y observaciones (se recogerá la fecha en la que se han realizado las entrevistas).
- b) Pruebas aplicadas (se listarán los instrumentos utilizados con una pequeña descriptiva, a pie de página, de sus características principales).
- c) Contacto con otros profesionales (se recogerá la fecha del contacto y la vía de comunicación: telefónica, email, videoconferencia, etc.).
- d) Análisis de la documentación obrante en el expediente judicial y la aportada durante la exploración (indicar en este caso qué documentación se ha aportado).

Parte descriptiva: organización estructurada y sintética, a través de distintos epígrafes, de la información recogida durante el proceso de evaluación pericial psicológica. En esta parte del informe deberá aparecer toda la información manejada posteriormente para contestar al objeto de la pericial. Se sugieren los siguientes epígrafes:

1. Desarrollo psicobiográfico y situación actual (en este epígrafe se recogerá el nivel de adaptación de la PcD en los distintos ámbitos de su vida: familiar, escolar/laboral, social y personal a lo largo de su proceso psicoevolutivo, hasta el momento de la evaluación. Incluirá historia de apoyos recibidos y antecedentes clínicos).
2. Exploración pericial psicopatológica.
3. Preferencias motivadas expresadas por la PcD sobre sus necesidades de apoyo.

4. Resultado de las pruebas aplicadas: se listará cada una de las pruebas con el perfil de resultados y la interpretación de estos.

Parte de discusión, argumentación y toma de decisiones (se utilizará la denominación Discusión Forense o Consideraciones Periciales): incluye el análisis e integración de datos, y la formulación de las consideraciones forenses. Se sugieren los siguientes puntos sobre los que desarrollar este epígrafe:

1. Sobre el funcionamiento intelectual y estado psico(pato)lógico de la persona evaluada.
2. Sobre la personalidad de la persona evaluada.
3. Sobre el grado de conducta autodeterminada que presenta la persona evaluada.
4. Sobre el perfil neurocognitivo y de cognición social que presenta la persona evaluada.
5. Sobre el perfil de conducta adaptativa que presenta la persona evaluada.
6. Sobre las preferencias motivadas presentadas por la PcD acerca de sus necesidades de apoyo.
7. Sobre el perfil individualizado de apoyos más adecuado al caso y a la situación actual de la PcD.

Conclusiones: se formularán numeradas y de forma breve, clara y sencilla. Deberá aparecer una conclusión para cada uno de los puntos desarrollados en la discusión forense. En el caso de que se hayan detectado factores de riesgo para la instauración y desarrollo del PIA se formulará una última Conclusión donde se recoja dicha situación y se recomiende una supervisión con evaluaciones periódicas.

Las conclusiones se dirigirán a la instancia judicial con el trato pertinente (i.e., “Lo que tengo el honor de informar a S.Sª.”).

Lugar, fecha y firma: el profesional de la psicología firmará siempre el informe con nombre y apellidos, incluirá su número de colegiado e indicará la fecha en la que se ha emitido el informe, delimitando así la validez temporal y contextual de este.

Se recomienda incluir una cláusula final que indique el carácter transversal de la evaluación pericial y el alcance de las conclusiones, como el siguiente ejemplo:

“Nota: Las conclusiones de este informe son el resultado de los datos derivados de un proceso de evaluación realizado en un momento y circunstancias concretas; cualquier cambio sustancial en las mismas o el propio paso del tiempo harían necesaria una nueva evaluación”.



Asociación de **Psicología Forense**
de la Administración de Justicia