Manual práctico de PSIQUIATRÍA FORENSE

Manuel J. Checa González

ELSEVIER
MASSON

Copyrighted material

MANUAL PRÁCTICO DE PSIQUIATRÍA FORENSE

MANUAL PRÁCTICO DE PSIQUIATRÍA FORENSE

Manuel J. Checa González
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense
Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense
Director del Instituto de Medicina Legal de Almería

booksmedicos.org

ELSEVIER
MASSON

Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

© 2010 Elsevier España, S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona (España)

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN: 978-84-458-2042-1

Depósito Legal: X. 0.000-2010
Composición y compaginación: Fotoletra, S. A.
Impreso en España por

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El Editor

A Ana
y a nuestros hijos,
Ana y Manuel

COLABORADORES

AUTOR

Manuel J. Checa González
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense. Director.

COLABORADORES

Revisión externa general y prólogo

Enrique Villanueva Cañadas
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

Coautoras

Sonia Gutiérrez Papis
Licenciada en Psicología. Experta en Psicología Clínica Legal y Forense.
Valoración psicológica en violencia de género

Isabel María Montesinos Álvarez
Licenciada en Psicología. Instituto Andaluz de la Mujer. Almería.
Evaluación psicológica en el contexto forense

Revisión externa por capítulos

Guillermo Agüero De Juan
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Carmen Álvarez Villanueva
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Huelva. Jefa de Servicio de Clínica Médico Forense. Directora.

Ximena Arean Tychno
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Alicia Berenguer Mellado
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Córdoba. Coordinadora de la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género.

Miguel Botella López
Catedrático de Antropología Física. Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Antropología. Facultad de Medicina.

María Dolores Calvo Navarro
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Granada. Directora.

María Castellano Arroyo
Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

Luis Miguel Columna Herrera
Magistrado-Juez. Juzgado de lo Penal n.º 1 de Almería. Magistrado-Juez Decano de los de Almería.

Juan Manuel De Oña Navarro
Fiscal de Sala Coordinador en materia de accidentes laborales. Tribunal Supremo.

Isabel Díaz Gorostegui
Licenciada en Medicina y Cirugía. Master en Medicina Forense. Master en Valoración de Daño Corporal. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Antonio García De Gálvez
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Málaga. Ex Director.

Rafael García-Ferrer Porras (†)
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Córdoba. Director.

Julio Guija Villa
Médico Forense. Especialista en Psiquiatría. Instituto de Medicina Legal de Sevilla. Director.

Mercedes González Rodríguez-Salinas
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz. Directora.

M. Soledad Jiménez De Cisneros Cid
Magistrada. Sección 3.ª. Audiencia Provincial de Almería.

María Jesús López Rovira
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Miguel Lorente Acosta
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Delegado del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

Fernando Martín Cazorla
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Málaga.

Josefa P. Martín Hernández-Carrillo
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Jesús Martínez Abad
Magistrado. Sección 3.ª. Audiencia Provincial de Almería.

Társila Martínez Ruiz
Magistrada. Sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Almería. Presidenta.

Sonia Molano Corchado
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Augusto Morales Limia
Magistrado. Sección 3.ª. Audiencia Provincial de Murcia.

Isabel Parra Iglesias
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería.

Juan Bautista Parra Llonch
Fiscal Jefe. Fiscalía Provincial de Almería.

Juan Ignacio Paz Rodríguez
Licenciado en Psicología. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla.

Óscar Román Pérez
Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Jaén. Director.

Ana María Ros Sánchez
Licenciada en Biología. Docente de Educación Secundaria Obligatoria. Colegio Divina Infantita. Almería.

José Sáez Rodríguez
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Córdoba. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense. Director.

Juan Luis Sánchez Blanque
Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Instituto de Medicina Legal de Almería. Jefe de Servicio de Patología Forense.

PRÓLOGO

Para un maestro no hay nada tan halagador como que un discípulo le solicite un prólogo para un libro. Es una muestra de afecto y confianza que jamás se debe defraudar. Uno se atreve a pensar que en este libro hay algo que nos pertenece, bien porque sembró en un buen terreno, que luego fructificó con generosidad, bien porque supo estimular a su alumno para que persistiera en la senda de la investigación y el estudio, bien porque puede ver reflejadas en sus páginas su propia doctrina. Los libros siempre enseñan y siempre serán necesarios. Es muy frustrante ver que nuestros estudiantes de medicina han sustituido los libros por los apuntes y hoy es muy frecuente la consulta en la Red de temas muy concretos, con lo que se pierde el sentido holístico que deben tener las disciplinas. Por ello, todos los autores merecen gratitud y reconocimiento.

El libro que tienes en la mano, querido y admirado lector, es fruto del entusiasmo y la inquietud de un gran médico forense, Manuel J. Checa González, que ha expresado en él sus experiencias y vivencias de una dilatada carrera profesional en Almería. No es un tratado de psiquiatría forense al uso; desde esa perspectiva se podría decir que es un libro heterodoxo, es el destilado de las preocupaciones psiquiátricas de un forense, que se enfrenta a estos temas a diario y que no ha encontrado en la bibliografía disponible una solución práctica a ellos.

Un vistazo al índice nos da una primera visión del autor: es un forense preocupado por temas del día a día, pero también por ciertas parcelas que ha cultivado con especial atención y dedicación: la violencia.

El libro, que es completo en cuanto que abarca los temas clásicos de la psiquiatría forense penal y civil, tanto en la parte general como la especial, es asimétrico porque hay temas que no se suelen tratar en este tipo de manuales, que aquí se abordan en profundidad y con competencia. Valga como ejemplo: la prueba pericial médica, el intrusismo intramédico, valoración médico-forense de las víctimas de violencia de género y los problemas médico-legales derivados de la intoxicación alcohólica.

El esfuerzo realizado por el autor se ve recompensado con el fruto de un manual práctico, así lo define su autor y así debe verse, que viene a llenar un vacío en la bibliografía actual.

Debo felicitarme de que aquel joven licenciado que se acercó a mí hace muchos años, con el ímpetu del que se siente capaz de abarcar la Medicina Legal en poco tiempo, porque tiene capacidad y vocación para ello, sea hoy todo un profesional de sólido prestigio y de una probidad moral intachable. Sólo así se está legitimado para enseñar a los demás.

Enrique Villanueva Cañadas

AGRADECIMIENTOS

A mi maestro y amigo Enrique Villanueva. Por su dedicación, apoyo y paciencia tiempo atrás, soy médico forense, y aún continúa atendiendo cuestiones o retos que le sigo planteando, como el presente. Gracias, por su tiempo y saber, por la revisión de este texto y por las elogiosas y emocionantes palabras dedicadas en su prólogo.

A Guillermo Agüero, Carmen Álvarez, Ximena Arean, Alicia Berenguer, Miguel Botella, María Dolores Calvo, María Castellano, Luis Miguel Columna, Juan Manuel De Oña, Isabel Díaz, Antonio García De Gálvez, Julio Guija, Mercedes González, Sonia Gutiérrez, Soledad Jiménez, María Jesús López, Miguel Lorente, Fernando Martín, Josefa Martín, Jesús Martínez, Társila Martínez, Sonia Molano, Isabel María Montesinos, Augusto Morales, Isabel Parra, Juan Bautista Parra, Juan Ignacio Paz, Óscar Román, Ana María Ros, José Sáez y Juan Luis Sánchez. Y, de forma especial, al que fuera amigo y compañero, siempre en mi recuerdo, Rafael García Ferrer, no sólo buen médico forense, sino aún más difícil, extraordinario ser humano donde los haya; gracias por haberme dejado una parte de tu saber y otra de tu amistad. En su memoria y en el esfuerzo de todos, muchas gracias por vuestra colaboración.

A Inmaculada Alemán, Ana Checa, Esther Rodríguez, María Isabel Sánchez y Evelina Zurita, profesionales en el saber y la amistad, que me han permitido aprender de y con ellas, y por eso mismo parte de su saber se halla en este texto.

A todo el personal del Instituto de Medicina Legal de Almería, o que ha formado parte de él, por su saber hacer y su profesionalidad y porque su esfuerzo es el motor que a diario impulsa nuestra carrera en la medicina forense; ellas y ellos hicieron y hacen posible el antaño proyecto y hoy realidad, Instituto de Medicina Legal de Almería, en el que ya he ejercido más de un tercio de mi carrera profesional, con seguridad el período más enriquecedor profesionalmente.

Al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, pues son las y los que han hecho posible el cambio de la medicina forense en España y han contribuido y contribuyen con su esfuerzo a su desarrollo, su nivel y su reconocimiento actual como profesión, de la que formo y me siento parte.

A la Consejería de Justicia y Administración Pública de la Junta de Andalucía, sus diferentes titulares, cargos directivos y técnicos que, desde su nacimiento en el año 2000, creyeron e impulsaron el proyecto de los Institutos de Medicina Legal (IML) en nuestra comunidad autónoma, y particularmente a Manuel Ceba, Ana Fernández, Celso Fernández, Alberto Jiménez, María Pertíñez,

Francisca Pimentel y Pablo Viciana, por su gran aportación en la creación y el desarrollo de aquéllos y especialmente del IML de Almería.

De forma anónima, a Jueces, Fiscales, Secretarios Judiciales, Funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local y Profesionales de la Abogacía, por su reconocimiento a la nueva organización de la Medicina Forense, por las numerosas actuaciones profesionales que día tras día suponen un reto para el profesional médico forense, lo que ha contribuido a mi formación y desarrollo profesional.

De igual forma, a los colectivos profesionales, directa o indirectamente implicados en la Psiquiatría y la Psicología, que prestan sus servicios en Hospitales, Centros de Salud, Unidades y Equipos de Salud Mental, Centro Penitenciario Provincial «El Acebuche», Empresa de Emergencias Sanitarias 061, Instituto Andaluz de la Mujer, Servicio Provincial de Mujeres, Servicio Provincial de Drogodependencias y resto de Organismos e Instituciones de la provincia de Almería, por su aportación y su colaboración profesional y formativa en el ámbito de la Psiquiatría Forense o con ella relacionados.

A los Iltres. Colegios Oficiales de Médicos y de Abogados de Almería, por permitir mi participación tanto formativa como docente en numerosas ocasiones, por representar a dos colectivos profesionales para los que la Medicina Legal y Forense hace de puente, porque su trabajo y esfuerzo contribuye al fortalecimiento de nuestra disciplina y en numerosas ocasiones sus retos son los nuestros. Y a la Asociación Internacional de Juristas Inter Iuris porque, en auténtica compañía de grandes profesionales y aún mejores personas, me dio la oportunidad de importar y exportar conocimientos fuera de las fronteras de nuestro país; gracias por ello a Reposo Romero, su presidenta, y a parte de sus componentes, Antonio Caballero, Amparo Díaz, Marta Gutiérrez, Borja Mapelli, Juan Ignacio Paz, Joaquín Pérez y José Manuel Rueda, así como a la Nación del Perú que tan cálidamente nos acogió.

A todos y cada uno de los autores referidos y los inintencionadamente ausentes, por prestarme sus palabras, teorías y/o conclusiones, en la promesa de que no me los apropiaré.

A Ana María Martín, Ángel García, Jorge García y Mercè Brossa, pues sin su ayuda y su persistencia difícilmente un diminuto embrión de proyecto hubiera visto la luz en el grupo Elsevier, al que igualmente agradezco su esfuerzo y su dedicación para con la obra y el autor.

De forma personal, a Soledad, mi madre, y a Antonio, mi padre, al que una traicionera enfermedad del recuerdo se llevó, pero no pudo borrarlo de nuestra memoria; gracias a ellos escribo estas líneas y, sin nada a cambio, dejaron libertad a mi vocación por la medicina, me felicitaron en los momentos buenos y animaron en los menos buenos, por lo que parte de este trabajo les corresponde. Y a mis hermanas, hermanos «& Cía.», sus jóvenes descendientes y a mis amigos, que siguen pretendiendo en mí «el médico del otro lado de la frontera de la vida», y, sin querer defraudarles, les hago saber que mi mente, sumergida entre la psiquiatría forense y la antropología del comportamiento, hace ya tiempo viaja en el intento de desvelar quiénes somos y por qué actuamos. Y con gran cariño a José Cruz, también víctima de la enfermedad del recuerdo, pero que sigue en el nuestro, y a Ana, fantásticos *fans* donde los haya.

Y de forma muy personal y especial, a Ana y a nuestros hijos Ana y Manuel, por su incondicional ayuda, colaboración, apoyo, paciencia, comprensión y confianza en mí. Habría sido del todo imposible este texto sin su infinita paciencia, su cariño, su esfuerzo y su complicidad. Por ello y por las innumerables horas que les tomé prestadas, son parte por derecho propio de esta pretendida obra.

Marzo de 2010
Manuel J. Checa González

PREÁMBULO

La base de partida para la confección de esta pretendida obra es la necesidad de formación profesional permanente y el hecho de que siempre podemos aprender y compartir conocimientos: los más actualizados, de los textos, las jornadas y la investigación; del ejercicio, la práctica; de los mayores, su experiencia; de los más jóvenes, su capacidad innovadora. Precisamos una mente abierta para ampliar cualquier rama del «saber»; seguramente por ello alguien dijo una vez que «el saber no ocupa lugar».

Pero no tengo en modo alguno el ambicioso proyecto de enseñar, ya que, con la mayor humildad del mundo, creo que poco podrían aprender de mí algunos «grandes colosos» de la Medicina Forense y otras disciplinas relacionadas, y porque todavía me hallo, y creo que de por vida, en el laborioso sendero del aprendizaje de esa difícil y amplia disciplina. Queda, por tanto, como única aspiración la de compartir conocimientos.

Cumplido mi propósito de advertir sobre la intención que no tuve al escribir este texto, puedo entonces decir que el objetivo ha sido intentar crear una guía sobre cómo abordar la difícil tarea de realizar una pericia médica psiquiátrica, destinada primordialmente a gran cantidad de compañeras y compañeros médicos que, de forma transitoria, interina o temporal, les es encomendada, o se la autoencomiendan con verdadero valor, la labor de médico forense, así como a todos los estudiantes de medicina que están cursando, o lo harán antes o después, Medicina Legal en el transcurso de su graduación, o médicos opositores aspirantes a médicos forenses de carrera.

Cómo no, queda a disposición de todos los compañeros de la medicina forense que deseen «refrescar» o compartir conocimientos, si bien con la advertencia inicial formulada. Igualmente disponible para los especialistas en Medicina Legal y Forense que ejercen en el ámbito privado que, pese a las diferencias formales de actuación con médicos forenses, como veremos, pueden crear sus informes siguiendo pautas paralelas. Por supuesto, este ofrecimiento se extiende a los especialistas en Psiquiatría que de una u otra forma puedan tener estrecha relación con el mundo judicial, así como a cualquier profesional de la medicina que pueda servirle de ayuda.

No quisiera olvidarme de ampliar también esta oferta a los profesionales relacionados con el mundo de la Justicia, principalmente jueces, fiscales y abogados, ya que de ellos parte, de una u otra forma, la iniciativa de solicitar la información a médicos forenses u otros peritos médicos y, tras su elaboración, van a ser receptores de dicha información, y en ocasiones, y disculpen el atrevimiento, tal información elaborada y concluida en informe no se comprende. Espero que esta obra pueda aclarar muchos términos a fin de poder manejar

y procesar la información que los profesionales de la medicina forense les hacen llegar, pues, en la mayoría de las ocasiones, siempre será de la mayor trascendencia judicial.

Asimismo, sería una gran satisfacción que fuera de utilidad a los profesionales de la Psicología, principalmente de psicología legal y forense, pues pueden encontrar desde temas específicos, como «Evaluación psicológica en el contexto forense» o «Valoración psicológica en violencia de género», a temas comunes compartidos, ya sea «Investigación de la verdad pericial», «La prueba pericial» en los diferentes ámbitos jurisdiccionales o «Psicopatología de las funciones psíquicas», y de interés general muy actual y compartido, como todo lo relacionado con la violencia de género, a la que dedicamos un capítulo completo.

Aparte del propósito expuesto, me mueve una segunda pretensión ya indicada, la de poder explicar, en parte, en qué consiste la medicina forense, los fines y criterios por los que se rige, en definitiva, en qué consiste la labor de asesoramiento de quien ejerce como médico forense o legista. Asimismo, quiero dejar patentes las fronteras entre la función clínica y la pericial, y las limitaciones de ambas disciplinas para, en definitiva, defender el concepto de que se necesitan mutuamente, pero no son análogas ni comparten fines.

Debe quedar desterrada la idea o criterio, tantas veces oído en sala y por ende comprendido, de por qué el médico forense está capacitado para realizar pericias en un área de la medicina como es la psiquiatría, no siendo especialista clínico. La medicina forense capacita en el arte de peritar, valorar en el ámbito de la medicina, y no se debe atentar a la titulación de sus profesionales a la hora de ser interrogados por una de las partes durante un juicio («¿es usted especialista en psiquiatría?» o similares) a fin de sembrar una duda sobre la capacidad para informar a un tribunal; dicha objeción o pregunta, por otra parte sumamente impertinente, está formulada de acuerdo con los conocimientos, mejor dicho desconocimientos, de quien la realiza, ya que muestra la carencia de los necesarios para llevar a cabo justamente un interrogatorio pericial, es decir, conocer en qué consiste la labor de los que han de informar o ratificar lo informado previamente.

El facultativo que asiste a sala a informar basándose en sus conocimientos, ya sea médico forense o no, lo hace como perito médico, por lo que ha de saber y estar capacitado para ello, y ser especialista clínico no es garantía única para tal propósito; ésa es justo la competencia de la Medicina Legal y Forense. De esta forma, ante dicha famosa y frecuente pregunta formulada, antiguamente por fortuna, la respuesta debe ser rotunda, «¿psiquiatría clínica o forense?», y se ha de dejar claro que la psiquiatría forense es una rama de la medicina legal y su profesional está capacitado según su titulación, y/o según la Ley, para realizar una pericia en psiquiatría y posteriormente informar si hiciere falta a un tribunal.

Perdónenme los lectores este pequeño arranque de corporativismo, que realizo no en contra ni mucho menos de la medicina clínica, sino de todos los profesionales que la confunden con la medicina pericial, ya que, por otra parte, los clínicos poseen la base más que suficiente para, una vez comprendida dicha diferencia y aprendida la labor del perito, sus fines, métodos y demás conocimientos, llevar a cabo pericias en materia de su especialidad de forma minuciosa y exquisita; pueden ser ideales «médicos forenses o médicos legistas especialistas» siempre que reúnan la capacitación y los requisitos legales para ello.

En relación con el propósito inicial, debería dejar claro que no se trata de trazar modelos de cómo elaborar un informe ni dar la información que debe contener; ha de tenerse en cuenta que las indicaciones que se presentan son sólo eso, indicaciones, y deben ser sometidas a tan variadas y múltiples variaciones como se quiera, pues sólo se pretende que sean una guía; lo mismo cabe decir de los modelos que se presentan, ya que sólo son eso, modelos, que pueden servir de referencia si no se tiene ninguna, y de los que se ha pretendido en su elaboración que sigan, de la forma más fiel, los parámetros que dicta la medicina forense más moderna, y se presentan a modo de ejemplo, de modo que se admiten las más variadas y diferentes modificaciones que se quiera; ni que decir tiene que las consideraciones realizadas en los diferentes casos (trastornos psiquiátricos, valoración integral de víctima de violencia de género, etc.) no pretenden ser verdad absoluta; su intención es, a lo más, referencial, pues están realizadas según la máxima que debe presidir la lectura de este manual, según la intención expuesta al principio y que encierra el famoso refrán «cada maestrillo tiene su librillo». Esto quiere decir que con la información que se obtenga al leer el presente, cada profesional debe elaborar su informe, pues sólo se conoce bien, y por lo tanto podrá argumentarse posteriormente en caso necesario, lo que uno/a ha realizado conforme a su sabiduría y sus principios.

Para llevar a cabo los objetivos planteados, en este manual podrá hallarse en primer lugar una introducción sobre lo que es la Medicina Legal y Forense, qué es una pericia médica y cuál es su objetivo, la búsqueda de la «verdad pericial». Pasaremos posteriormente a la exposición de unas características generales de todo informe médico-forense (aspectos legales, formales y de contenido), aspectos generales de la Psiquiatría Forense, la psicopatología de las funciones psíquicas y entraremos detalladamente en la elaboración de periciales psiquiátricas, donde las estrellas por excelencia son el informe de «imputabilidad» y la valoración integral de la víctima de violencia de género, si bien no debe restarse importancia a otras pericias de gran trascendencia. Finalmente, desde la perspectiva de la Medicina Legal y Forense, analizaremos los trastornos mentales de mayor interés.

A fin de otorgar a la obra el mayor grado de objetividad y carácter científico, técnico y práctico, el texto ha sido sometido a una revisión externa de todos los capítulos por diferentes profesionales de la medicina forense, judicatura, fiscalía y psicología, en ocasiones con intervención de varios de ellos en algunos capítulos, así como en dos específicamente del ámbito de la psicología han intervenido como coautoras dos profesionales de esta disciplina. Asimismo, el texto completo ha pasado una revisión general externa por el Dr. Villanueva Cañadas, catedrático de Medicina Legal y Forense en la Universidad de Granada. Igualmente, hasta su forma y su contenido finales, ha sufrido varias revisiones internas por el propio autor, que ha incorporado todas las modificaciones y correcciones posibles que sugerían los diferentes colaboradores para actualizar al máximo hasta la publicación. Finalmente ha sido sometida a las pertinentes revisiones y correcciones de estilo por la editorial y nuevamente el autor

No quiero dejar de pedir disculpas a todos los profesionales, y entre ellos grandes maestros nuestros, por haber utilizado en ocasiones su terminología, y puede que frases completas, resultado de haber consultado sus obras para la elaboración de este manual o recurrir a conocimientos de ellos aprendidos, y

rogarles que, en tal caso, no me acusen de «plagio» o «apropiación indebida», sino por el contrario me perdonen; y suplico mi perdón con la excusa de que es muy difícil, diría que casi «pecaminoso» o cuando menos «falta grave», modificar una información cuando es clara, rotunda y explícita, y por ello debe quedar dicha como se dijo; en estos casos intentaré acompañar, como debe hacerse, la cita bibliográfica, pero insisto en que disculpen mi descuido quienes reconozcan la información como suya y ésta aparezca de forma anónima, pues realmente mi intención no es atribuírmela, sino transmitirla como la he aprendido.

Espero, pues, de corazón que este manual pueda ser útil, en la medida de lo posible, a todo profesional o estudiante que busque en él una referencia sobre la forma de elaborar o interpretar los informes psiquiátricos forenses, quedando en mi ánimo el deseo de estar abierto a cuantas sugerencias, críticas o modificaciones quieran dirigir, pues, por una parte, me sentiré complacido al saber que han dedicado su tiempo a leerlo y, por otra, porque, como ya alguien dijo y yo he repetido, confirmarán aquello de «el saber no ocupa lugar».

SECCIÓN I
INTRODUCCIÓN

ÍNDICE DE SECCIÓN

1 Documentos médico-legales 5
2 Investigación de la verdad pericial 13
3 El intrusismo en medicina legal y forense 21

RESUMEN DE SECCIÓN

A la hora de realizar cualquier pericia en el campo de la psiquiatría forense, consideramos imprescindibles unos conocimientos básicos y genéricos en medicina legal. Y éstos deben incluir los documentos médico-legales como medio de comunicación de un profesional médico con autoridades, organismos, público en general o particulares. Es del todo esencial que el médico conozca estos documentos como forma habitual de utilización, no excepcional, pues a diario los precisa (ejemplo de ello es un parte de lesiones), y asimismo debe conocer su trascendencia, más aún si se dedica al mundo pericial, con conocimiento material, no sólo terminológico, de documentos como informes, declaraciones, oficios, etc., pues son parte de la medicina pericial y, por lo tanto, de la psiquiatría forense.

De la misma manera se precisa de unos conocimientos básicos sobre la investigación de la verdad pericial, objetivo único de cualquier perito, por lo tanto del médico legista. Conocer el método es poder utilizarlo, por lo que no sólo aumentará su nivel de conocimientos, sino su método particular de investigación y, por ende y sin lugar a dudas, su nivel como perito médico. En innumerables ocasiones se entra en la medicina pericial sin el más mínimo conocimiento de sus objetivos y métodos, y se la considera una prolongación o parte de la medicina clínica. Nada más alejado de la realidad, como veremos, lo que sin duda puede revertir en el fracaso de la pericia llevada a cabo.

Entraremos por último en el delicado pero preciso tema del intrusismo en medicina legal y forense, pero no en sentido negativo, como forma de denuncia desde estas páginas, sino todo lo contrario, dando al facultativo médico las claves para poder intervenir reglamentariamente como médico perito. Para poder actuar en cualquier campo, es preciso conocer los requisitos legales y profesionales mínimos exigidos a la vez que los límites éticos exigibles a nosotros mismos; sólo ello garantiza una adecuada actuación profesional.

Esperemos que en estos temas de introducción el lector pueda encontrar, más que ideas sueltas, información básica que le sea útil para poder afrontar una pericia en el amplio campo de la medicina legal y forense y, más concretamente, de la psiquiatría forense.

SECCIÓN II
PRUEBA PERICIAL MÉDICA

ÍNDICE DE SECCIÓN

4 Prueba pericial médica en los procedimientos penal, civil, laboral, contencioso-administrativo y militar 43
5 Peritación médica oficial y privada 61
6 Informe médico-forense: diferencias con el informe pericial médico privado 65
7 Intervención médico-forense en el procedimiento civil 73

RESUMEN DE SECCIÓN

Es del todo imprescindible para afrontar cualquier prueba pericial médica conocer todo lo relacionado con ella, desde el punto de vista tanto legal como profesional.

Por ello iniciamos esta Sección II afrontando la prueba pericial en los diferentes órdenes jurisdiccionales, única forma de que el perito médico, en su función legista, pueda conocer el ámbito en que se desenvolverá su actuación; es importante conocer tanto las características como los límites legales de la peritación, lo que dará seguridad a su actuación forense.

Continuamos en la misma línea, pero ofreciendo información que consideramos útil sobre el carácter oficial o privado de la prueba pericial médica, términos que en la mayoría de las ocasiones se desconocen e igualmente marcan los límites y el ámbito de la pericial; la necesidad de auxilio a la Justicia cuando ello viene impuesto por la ley debe primar por encima de nuestra voluntariedad, y al contrario, nuestra voluntariedad de actuación no puede disfrazarse de oficialidad.

En la misma línea se continúa al hablar del informe médico-forense o de los informes periciales privados, haciéndose ver sobre todo que no debe haber diferencias en el fondo (objetivo y método), sino en la forma.

Viajaremos finalmente por un enrevesado y arduo tema que afecta a los médicos forenses y, por ende, a todo profesional que hace sus veces, intentando arrojar algo de luz sobre su intervención en el procedimiento jurisdiccional civil, lo que al parecer sigue creando más de un problema; imposible obtener de este capítulo un dogma de fe, pero sí consideramos que ofrece una información importante al respecto.

Esperamos nuevamente ofrecer en esta segunda parte información útil y práctica para el profesional médico cuya actuación va a desarrollarse, de forma voluntaria o requerida, en el ámbito forense.

SECCIÓN III
PSIQUIATRÍA FORENSE

ÍNDICE DE SECCIÓN

8 Psiquiatría forense y psiquiatría clínica 89
9 Psicopatología: interés en al ámbito médico-forense 97
10 Entrevista y pruebas complementarias en psiquiatría forense 105
11 Evaluación psicológica en el contexto forense 111

RESUMEN DE SECCIÓN

La psiquiatría forense es la psiquiatría en función de la Justicia, es decir, aquella rama de la medicina que intenta dar respuesta a las diferentes cuestiones que plantea el Derecho cuando corresponden a la esfera psíquica desde la vertiente del trastorno mental. Es pues esencial saber diferenciar las perspectivas clínica y forense de la psiquiatría, en absoluto iguales, si bien sí complementarias.

Pero tanto en una como en otra, la base fundamental de la psiquiatría es la psicopatología, la que explica los síntomas y signos de los diferentes cuadros clínicos y asimismo las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto de estudio en un momento dado, pasado, presente o futuro. Para llevar a cabo cualquier prueba pericial en psiquiatría forense es preciso conocer ampliamente la psicopatología que con posterioridad desglosaremos por funciones psíquicas.

De igual manera, es esencial tener una visión general de la forma y el método de entrevista en psiquiatría forense, así como de las exploraciones complementarias que pueden usarse y deben ser sólo eso, complementarias, pues nunca deben suplir a una entrevista directa con el sujeto de estudio.

Finalmente, daremos un mínimo paseo por la psicología forense, las vertientes que puede explorar en el ámbito legal, su potencial de evaluación en parcelas concretas propias de ella o compartidas con la psiquiatría forense, en las que puede ser una extraordinaria aliada.

SECCIÓN IV
PSICOPATOLOGÍA DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

ÍNDICE DE SECCIÓN

12 Psicopatología de la conciencia y la atención 131
13 Psicopatología de la memoria 139
14 Psicopatología del pensamiento y del lenguaje 147
15 Psicopatología de la percepción 161
16 Psicopatología de la afectividad 169
17 Psicopatología de la inteligencia 173
18 Psicopatología de la conducta motriz 181

RESUMEN DE SECCIÓN

La psicopatología, como rama del conocimiento que sirve de puente entre la psiquiatría y la psicología, es esencial para el conocimiento del trastorno mental. Sin ella no se consigue un pleno conocimiento de aquél, sus síntomas y signos, características y connotaciones y la diversa tipología clínica dentro de un mismo trastorno.

Pero en igual medida es fundamental para comprender y desarrollar la psiquiatría en su vertiente forense, pues nos explica a la forma de actuar presente, pasada o futura del paciente, no tanto redundando en el diagnóstico, sino en el estado de sus funciones psíquicas, que son esenciales para comprender el acto humano desarrollado de forma libre.

Intentamos en este capítulo dar un repaso breve, pero en profundidad, a la psicopatología de cada una de las funciones psíquicas, esenciales para el desarrollo de la acción, funciones cuya integridad abandera la voluntariedad de aquélla.

SECCIÓN V
IMPUTABILIDAD

ÍNDICE DE SECCIÓN

19 Imputabilidad en psiquiatría forense 187
20 Imputabilidad según el Código Penal 195
21 Informe de imputabilidad: generalidades 207
22 Examen psiquiátrico de la persona imputada 211
23 Modelos de protocolo de exploración e informe médico-forense de imputabilidad 227

RESUMEN DE SECCIÓN

La prueba de "imputabilidad", término coloquial que sin embargo aconsejamos no utilizar en medicina forense por los motivos que más adelante exponemos, puede ser considerada como la prueba reina de la clínica forense, al igual que la autopsia lo es para la patología forense.

Dada su importancia, su complejidad deriva del estudio de las facultades de la persona en un momento pretérito; es una ventana al pasado de la mente humana, a través de la cual se puede objetivar el estado de aquélla en el momento en que se llevó a cabo una acción.

Así pues, consideramos que puede ser útil un repaso a los conceptos penal y médico-legal de la imputabilidad, para posteriormente adentrarnos con detalle en este tipo de informe y, sobre todo, en cómo llevar a cabo la exploración de la persona a fin de obtener, en la medida de lo posible, los datos objetivos para dar respuesta a ese comportamiento pretérito presuntamente patológico.

Si bien no es oportuno en modo alguno invadir la independencia que la Ley reconoce al perito, y por ende al médico forense o legista que, por lo tanto, tiene libertad plena para informar en la forma y el modo que considere oportunos según su leal saber y entender, por otro lado somos de la opinión de que debe existir un estándar mínimo en todo informe pericial que se precie de ello. Es por ello por lo que terminamos este capítulo exponiendo modelos de protocolo de exploración e informe médico forense de "imputabilidad", si bien sólo a modo de sugerencia.

SECCIÓN VI
VIOLENCIA DE GÉNERO

ÍNDICE DE SECCIÓN

24 Revisión antropológica de la violencia 239
25 Concepto de violencia de género 249
26 Asistencia integral de la víctima de violencia de género 267
27 Valoración médico-forense de la víctima de violencia de género 281
28 Valoración psicológica en violencia de género 305
29 Modelos de protocolo de exploración e informe en valoración médico-forense de la víctima de violencia de género 315

RESUMEN DE SECCIÓN

Junto con la prueba pericial de «imputabilidad», la valoración de la víctima de violencia de género es de las pruebas de mayor complejidad en psiquiatría forense. Fue a raíz de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuando realmente se hicieron necesarios protocolos de valoración forense.

Abordamos este complejo tema desde la innovadora perspectiva de la antropología del comportamiento, como base tanto para la comprensión de la violencia de género, como proceso de dominio en constante evolución de estrategia, como para su valoración.

De igual forma, exponemos la asistencia integral de la violencia de género, que creemos debe incluir tanto la asistencia a la víctima como su valoración, y dedicamos un capítulo íntegro a la valoración médico-forense de la víctima, mediante protocolo de evaluación inédito que consideramos de muy adecuados resultados.

Cerramos la sección incluyendo modelos de protocolo de exploración e informe médico-forense de la valoración, entendiendo, al igual que los expuestos en el capítulo anterior dedicado a la imputabilidad, que sólo son eso, propuesta de modelos, pero que consideramos basados en criterios científicos y que cumplen cuando menos el estándar que debe exigirse a cualquier valoración e informe forenses.

SECCIÓN VII
OTRAS PERICIALES EN PSIQUIATRÍA FORENSE

ÍNDICE DE SECCIÓN

30 Enfermedad mental y capacidad de obrar 329
31 Supuestos de peligrosidad criminal: aspectos médico-forenses 349
32 Valoración del daño psíquico 367

RESUMEN DE SECCIÓN

Al margen de las pruebas periciales de imputabilidad y valoración de la víctima de violencia de género, hemos de considerar otras cuya menor complejidad no las hace menos importantes.

Así, en el ámbito civil, son de gran trascendencia las periciales que encuadramos bajo el título «Enfermedad mental y capacidad de obrar». La capacidad civil, el internamiento involuntario y la testamentifacción forman parte de este ámbito, donde a menudo interviene el psiquiatra forense a requerimiento de la Ley en aras de la protección de los derechos de la persona.

Estrechamente relacionada con la pericial de imputabilidad, se halla la valoración de la capacidad criminal posdelictual de la persona sobre la base de un trastorno mental que lo hace no imputable de la acción llevada a cabo. Entraremos en los diferentes supuestos que pueden hacer que se requiera del médico legista un informe sobre este extremo.

Cerramos con otra faceta de la psiquiatría forense, como la valoración del daño, a menudo relegada al olvido y sin embargo de la máxima trascendencia, sobre todo cuando se trata de lesiones producidas por terceras personas, casos en que el concepto lesión cobra toda su dimensión. Definiremos conceptos básicos como el de causa y concausa de las lesiones para adentrarnos en el concepto de daño psíquico y la forma de llevar a cabo esta peritación psiquiátrica.

SECCIÓN VIII
TRASTORNOS MENTALES DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICO-FORENSE

ÍNDICE DE SECCIÓN

33 Trastornos de la personalidad 395
34 Trastornos psicóticos 411
35 Trastornos del estado de ánimo 427
36 Sustancias de adicción 433
37 Retraso mental 461
38 Trastornos mentales orgánicos 467
39 Trastornos de los impulsos 475
40 Trastornos emotivo-reactivos 481

RESUMEN DE SECCIÓN

Considerada tradicionalmente como la psiquiatría forense especial, nos adentramos en una visión específica de cada trastorno mental de interés en el campo de la medicina legal y forense.

Nuestra visión es desde la óptica forense, por lo que no insistiremos en una descripción clínica exhaustiva de los trastornos, sino en los efectos que en las facultades intelectivas y volitivas de la persona producen, ya sea su alteración o su anulación, y la traducción de aquéllas en el ámbito penal, civil y laboral.

Hemos de insistir en que lo que realizamos son consideraciones generales para cada trastorno, pues cada caso concreto ha de ser estudiado particularmente; no existe una norma única general, sino que sobre premisas generales cada trastorno ha de individualizarse y se ha de establecer relación causal con un hecho y circunstancias.

Desde la trascendencia concedida a los trastornos psicóticos o los retrasos mentales, a la frecuencia de los trastornos causados por sustancias de adicción, los de personalidad y estado de ánimo, la complejidad de los trastornos mentales orgánicos o de los impulsos o la nimiedad que puedan aparentar los emotivo-reactivos, consideramos que todos ellos son parte del complejo mundo de la psiquiatría forense y objeto de la máxima atención acorde con cada circunstancia concreta.

Documentos médico-legales

I

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 6
Según su finalidad y sus contenidos (Gisbert Calabuig, 2004 b) 6
Parte 6
Oficio 6
Certificación 6
Declaración 6
Informe 7
Consulta 7
Tasación 8
Receta 8
Según el facultativo u organismo que lo emite 8
Medicina asistencial 8
Medicina legal y forense 9
Corporaciones (colegios de médicos, reales academias, Instituto Nacional de Toxicología) 9

Los informes realizados por los peritos forenses se encuadran en el conjunto de lo que genéricamente se denominan documentos médico-legales. Según Gisbert Calabuig (2004), se designan con este nombre «todas las actuaciones escritas empleadas por el médico en sus relaciones con las autoridades, los organismos oficiales, el público y aun particulares».

Los informes pueden ser prestados por peritos médicos particulares o por médicos forenses, en el conjunto de lo que se denominan informes médico-legales o médico-forenses, los cuales varían más en aspectos formales que de contenido. Los resultados de la prueba pericial médica, al igual que cualquier otra, se exponen a manera de informe, si bien existen otros documentos médico-legales de gran importancia y que todo facultativo médico debe conocer por su trascendencia, pues el receptor final de ellos con gran frecuencia es una autoridad judicial, cuando no otras autoridades. La mayoría de los documentos médico-legales son conocidos –si no todos ellos, sí la mayoría– por cualquier facultativo en ejercicio, pues se emplean de ordinario, no así los que se consideran más particularmente como informes médico-forenses o médico-legales.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN SU FINALIDAD Y SUS CONTENIDOS (GISBERT CALABUIG, 2004 b)

Parte

Es un documento breve, informe abreviado, que se emplea para comunicar un hecho de naturaleza médica a una autoridad o al público. Pueden ser partes de lesiones, partes médico-forenses (de esencia, de estado y de adelanto), partes laborales, partes de notificación de enfermedades infectocontagiosas o partes de información pública.

Oficio

Es un escrito a modo de carta oficial, por su aspecto formal (preámbulo, cuerpo del oficio y fórmula final), que se emplea para comunicarse con autoridades y corporaciones oficiales.

Certificación

La certificación médica es un documento por el cual se deja constancia de un hecho cierto ocurrido en la actuación profesional médica. Es breve, referido sólo a un hecho concreto y suele realizarse en impreso oficial. Se han de hacer constar los datos del médico (preámbulo), la enunciación del hecho médico precedido siempre de la palabra «certifica» (parte expositiva) y, por último, se indica la constancia del documento, que puede ser general o expresa, la parte interesada a instancias del cual se emite, localidad, fecha y firma (fórmula final, que generalmente suele ser: «Y para que conste donde convenga, y a instancia del interesado, expido el presente certificado en [localidad], a [día] de [mes] de [año]»). Su estructura formal y su naturaleza intrínseca son lo que da la validez, pues al certificar se presupone siempre la veracidad fehaciente del hecho de que se deja constancia, de ahí la obligación de no certificar nunca en falso (falsificación de documento público). Suelen emitirse certificados de enfermedad, de defunción y otros más específicos como, por ejemplo, sobre la aptitud de aspirantes a obtener (o renovar) permisos o licencias de armas de fuego y de conducir.

Declaración

Es el informe oral o escrito que se realiza bajo juramento. De ordinario es el modo de informar de los médicos forenses, pues se hallan bajo juramento desde el momento de la toma de posesión de su cargo en su primer destino. De igual forma puede prestarlo el médico legista o cualquier perito médico que, a diferencia del médico forense, lo hará en comparecencia ante la autoridad judicial y dando fe el secretario judicial, pues ha de prestar juramento del cargo encomendado. Así pues, la declaración suele implicar comparecencia ante la autoridad judicial, si bien ésta no será precisa si se trata de un cargo previamente jurado, como es el caso de los médicos forenses. Tiene una estructura

formal que consta de preámbulo (que será doble en caso de ser comparecencia, pues existe un preámbulo del secretario judicial y un preámbulo del médico perito), exposición de hechos, conclusiones y fórmula final, la cual también difiere si es mediante comparecencia o sólo declaración. También difieren en que en la comparecencia habrán de firmar juez, secretario y perito médico y en la declaración, sólo el médico (médico forense).

Preámbulo

- *Comparecencia-declaración:* «En [ciudad], a [fecha]. Ante S.S.ª/S.I.ª, y con mi asistencia, comparece D./D.ª [nombre del médico], [cargo], quien juramentado en legal forma MANIFIESTA: que en cumplimiento de lo ordenado por el [autoridad que ordena] sobre [objeto del reconocimiento], ha realizado las operaciones encaminadas a tal fin llegando a los siguientes resultados:»
- *Declaración:* «En [ciudad], a [fecha]. D./D.ª [nombre del médico], Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de [ciudad], en virtud del juramento que tiene prestado, en cumplimiento de lo requerido por S.I.ª [autoridad que ordena] a fin de [finalidad], MANIFIESTA:»

Fórmula final

- *Comparecencia-declaración:* la realiza el secretario judicial cerrando el acta, dando lectura a ésta y fe del acto: «Leída que le fue se afirma y ratifica en su contenido y firma con S.S.ª/S.I.ª».
- *Declaración:* la fórmula pertenece al médico funcionario, previamente juramentado: «Lo que declara en cumplimiento de lo requerido».

Informe

Es el documento mediante el cual se relatan hechos de naturaleza médica con significación (finalidad) clínica, judicial o administrativa, y que se realiza a instancias del propio enfermo, de autoridades judiciales o de la administración. Puede ser realizado por el médico clínico, peritos médicos o corporaciones científicas. Cuando es de carácter clínico, se realiza sobre la evolución de un proceso de enfermedad en un período dado (p. ej., al alta hospitalaria o al alta médica en consulta) o sobre el resultado de una prueba clínica, etc. Cuando es de carácter pericial, su finalidad es la valoración de ciertos hechos médicos que plantean un problema al Derecho y consta de una estructura formal como la declaración (preámbulo, relación y descripción de los objetos acerca de los que debe emitirse el informe, operaciones practicadas, valoración, conclusiones y fórmula final).

Consulta

Es un informe que se emite sobre hechos médicos de significación jurídica previamente sometidos a estudio e informe pericial, pero en los que hay discrepancia entre peritos o se precisa una ampliación a criterio de la autoridad que lo solicita. Se puede decir que es un informe de ampliación de uno previamente emitido y, por lo tanto, su estructura formal es idéntica a la del informe, si bien su precisión en la valoración de los hechos de que se trate ha de ser mayor.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Tasación

Es un informe destinado a valorar honorarios médicos. Suelen realizarlo reales academias y colegios de médicos.

Receta

Es el documento mediante el cual el facultativo médico da a conocer al paciente el tratamiento prescrito. Por lo tanto, ha de indicar el nombre del producto que se prescribe (forma farmacéutica o fórmula magistral), número de unidades (envases), dosis por unidad (si existen varias presentaciones), vía de administración, posología (dosis a administrar), instrucciones al paciente e instrucciones al farmacéutico si se considera preciso. Se ha de incluir datos del paciente, datos del facultativo médico, la fecha y la firma. Cuando pertenecen al sistema sanitario público o mutuas, son de formato homologado y cuando son de carácter privado, de texto libre.

SEGÚN EL FACULTATIVO U ORGANISMO QUE LO EMITE

Medicina asistencial

Partes

- De lesiones, mediante los cuales se pone en conocimiento de la autoridad judicial las lesiones que presenta un sujeto que es atendido por el médico, a lo cual éste queda obligado según la Ley.
- De información pública, que se realiza cuando quiere darse a conocer las afecciones o lesiones sufridas por personas cuando son de interés público, ya sea por la persona afectada (de especial relieve político o social) o por las circunstancias en que se desarrolla (atentados terroristas, grandes catástrofes, etc.).
- De notificación de enfermedades infectocontagiosas cuando sea de obligado cumplimiento su comunicación a las autoridades sanitarias.
- Laborales, para dar baja y alta laboral al trabajador afecto de una enfermedad o lesión que le supone incapacidad para su actividad laboral a juicio del facultativo que lo expide, partes que han de estar homologados por las directrices marcadas por la Seguridad Social.

Informes clínicos

Sobre la evolución de un paciente en consulta, sobre su hospitalización, sobre el resultado de pruebas realizadas, etc.

Certificados

De defunción, de enfermedad, de reconocimiento de conductores y utilización de armas.

Recetas

Como ya se ha dicho, pueden ser privadas, que no se ajustan a modelo, si bien han de incluir los datos antes indicados, o de Seguridad Social o de mutualidades, que sí llevan impresos oficiales.

Medicina legal y forense

Partes

Específicos de los médicos forenses, que pueden ser:

- *De esencia:* es el primero que se emite al reconocer al lesionado e informa de las lesiones que sufre al juez.
- *De estado:* mediante los cuales periódicamente se informa al juez sobre la revisión del lesionado llevada a cabo y que la evolución continúa sin incidencias. Con estos igualmente se puede poner en conocimiento cualquier incidencia que afecte al lesionado o incluso poner de manifiesto que no se está de acuerdo con el tratamiento aplicado.
- *De adelanto:* con ellos se emite por adelantado la posible evolución de las lesiones, así como el tratamiento que hay que aplicar, el tiempo que tardará en curar, las posibles secuelas, etc.

Oficios

Frecuentemente utilizados por los médicos forenses para ponerse en contacto con jueces, fiscales u otras administraciones, a fin de comunicar o solicitar.

Informes periciales

Sobre valoración del daño, imputabilidad, incapacidad, sobre actuaciones profesionales, etc.

Declaración

Es la forma de informar de los médicos forenses, siempre bajo juramento, al igual que la pueden prestar los peritos privados para la ratificación de informes ante el juez.

Consultas

Son informes de ampliación de otros ya emitidos con anterioridad, sobre extremos concretos.

Corporaciones (colegios de médicos, reales academias, Instituto Nacional de Toxicología)

Oficios

Para comunicarse con autoridades judiciales, colegiados, etc.

Informes

Generalmente encargados a reales academias o cátedras de Medicina Legal sobre temas muy específicos, como organismos consultivos de la Administración de Justicia, o los informes sobre investigaciones emitidos por el Instituto Nacional de Toxicología.

Consultas

A veces se realizan consultas a reales academias sobre informes ya emitidos por peritos para puntualizar más un determinado extremo o para mayor claridad en caso de peritaciones contradictorias ya emitidas.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Tasaciones
Suelen corresponder casi siempre a colegios profesionales médicos.

De todos los documentos médico-legales, el de mayor importancia en medicina legal y forense es el informe, ya sea como informe propiamente dicho o en forma de declaración.

Gisbert Calabuig (2004 b) define un informe médico pericial como «el documento médico-legal emitido por orden de las autoridades o a petición de particulares, sobre la significación de ciertos hechos judiciales o administrativos», definición a la que consideramos que podría añadirse «relacionados con la ciencia médica». De esta forma podemos considerar los informes médicos periciales como «los documentos emitidos por facultativos médicos, a requerimiento de autoridades o a petición de particulares, sobre ciertos hechos médicos de relevancia en materia judicial o administrativa».

Los informes periciales prestados por un perito particular y por un médico forense son similares en lo referente a su cometido o finalidad. Únicamente existe una diferencia formal, no de contenido, ya que los informes realizados por los médicos forenses son siempre declaraciones.

La declaración es el informe médico-legal realizado bajo juramento. En este acto, el médico legista jura o promete desempeñar fielmente el cargo con el objeto de descubrir la verdad, lo que realiza en un acto de comparecencia ante la autoridad judicial que ordenó la peritación; en el caso de que previamente hubiera emitido su informe, se le preguntará si lo ratifica, momento en que su informe se convierte en declaración; el secretario judicial es quien da fe de todo ello.

A diferencia de esto, todos los informes emitidos por los médicos forenses a requerimiento judicial son siempre declaraciones, pues las realizan siempre bajo juramento, habida cuenta de que la condición de médico forense se adquiere desde la toma de posesión del primer destino, previo juramento o promesa de «guardar y hacer guardar fielmente y en todo tiempo la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico, lealtad a la Corona y cumplir los deberes de mi cargo frente a todos». Así pues, el cargo se jura una única vez, cuando se adquiere la condición de médico forense y a él queda comprometido de forma permanente.

En relación con esto, ha de comentarse de forma anecdótica que carece de sentido la tradicional toma de juramento o promesa que se realiza a diario en las salas de juicios a los médicos forenses, como si de una renovación del juramento de su cargo se tratara. Igualmente se trataba de una tradición formalista, más que de necesidad, que –antes de la creación de los Institutos de Medicina Legal– los médicos forenses, que eran funcionarios de los juzgados, emitieran los informes requeridos por el titular del juzgado en forma de declaración en presencia judicial y asistidos por secretario judicial y que los tres firmaran la declaración (declaración-comparecencia).

En la actualidad no es posible mantener dicha tradición, pues las periciales son requeridas por los jueces a los Institutos de Medicina Legal, no a los médicos forenses que, como peritos médicos funcionarios pertenecientes a aquéllos y conforme a normas internas de reparto, realizan la prueba pericial y confeccionan el informe, que el instituto evacua. Ya no es factible que los informes realizados por un médico forense, que es funcionario de un instituto, que registran su sali-

da en éste y son remitidos a los diversos organismos judiciales y de diferentes partidos judiciales sean emitidos en forma de declaración-comparecencia. Por ello, los informes médico-forenses en los Institutos de Medicina Legal han de redactarse formalmente como declaración (bajo juramento o promesa), pero no como comparecencia (ante el juez y con asistencia del secretario).

Así pues, respecto de los informes prestados por otros peritos médicos, los de los médicos forenses poseen una serie de diferencias formales:

- Siempre los ordena/requiere una autoridad judicial y, por lo tanto, tienen carácter oficial.
- Siempre se realizan en forma de declaración jurada.
- Consecuencia de lo anterior es que poseen características formales y estructurales propias.

Pero aparte de la declaración como perito, el médico puede ser llamado a declarar como testigo sobre una actuación médica que llevó a cabo y de la que se precisa información en el procedimiento judicial o el juicio oral. Y en este punto ha de quedar clara la diferencia entre el médico como testigo y como perito. La finalidad para la que se los hace llamar es diferente, si bien en ambos casos los llama una autoridad judicial y han de hacer su exposición verbal o escrita en forma de declaración, lo que hace que se los confunda en la práctica.

Un testigo es llamado a declarar con la finalidad de que se ajuste a la verdad sobre un hecho sucedido y del cual puede aportar información pues estaba presente, decir la verdad sobre algo. Esto no admite consideración alguna, pues sólo se le exige que se ajuste a la verdad sobre lo sucedido, visto u oído, sin más razonamiento. A diferencia de ello, a los peritos se les requiere para investigar la verdad según sus conocimientos científicos, por lo que declaran bajo el juramento o promesa de desempeñar fiel y firmemente el cargo para el que han sido nombrados, con el objetivo de descubrir la verdad, arrojar luz sobre aquello que se discute, en este caso, del campo de la medicina.

En el primer caso se presta un testimonio (el que lo presta es un testigo), y en el segundo caso se presta o emite un informe (que realiza un perito), si bien puede ir acompañado o no de testimonio según las circunstancias (por lo general, una pericial incluye una testifical; p. ej., el perito es testigo sobre el hecho de haber reconocido a un sujeto en un día y hora determinados para efectuar un informe pericial, o el hecho cierto de haber practicado personalmente tal o cual prueba).

Conforme a ello, mientras el perito médico es llamado a informar, el médico clínico debe ser llamado como testigo cuando lo ha sido sobre un hecho derivado de su actuación como médico, y sólo debe ser interrogado como tal; por ejemplo, un médico de guardia que atendió a una persona por heridas de arma blanca puede ser llamado a juicio a fin de precisar extremos sobre esas heridas y la asistencia que prestó (de ahí la trascendencia que determinadas actuaciones médicas pueden tener en el ámbito judicial). La sala no debe admitir el interrogatorio como perito (o el facultativo no debe prestarse a ello), función que conlleva el asesoramiento o la valoración de hechos, circunstancias o resultados.

No obstante, el médico también debe saber que en el ámbito penal ambos requerimientos son irrenunciables y la autoridad judicial instructora lo puede

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

requerir de oficio como testigo, si lo ha sido, pero también como perito, en su condición de médico; en este caso lo único que puede alegar para renunciar al llamamiento es la falta de conocimientos específicos para la materia que se le requiere, salvo otras posibles causas de recusación de peritos (en otro capítulo expresamente se trata de la actuación pericial médica en los diferentes ámbitos de la Justicia).

En cuanto a los informes en psiquiatría forense, tienen diferentes finalidades; se puede considerar los siguientes:

- De imputabilidad: se trata de informar sobre las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto en el momento de cometer la acción, de su capacidad de conocer y actuar según lo conocido, sobre la sospecha o la certeza de la existencia de un trastorno mental que padecía o padece (anterior o concomitante a los hechos, transitoria o permanente, etc.) en el momento de llevar a cabo la acción y la influencia de aquél en ésta. Se llevan a cabo en el ámbito penal.
- Reconocimientos de detenidos a fin de informar sobre el estado mental en el momento del reconocimiento, si se halla o no en condiciones de declarar, lo que puede ser base para el posterior informe de imputabilidad.
- Informes sobre peligrosidad criminal posdelictual de una persona declarada culpable, para que, en función de esto, la autoridad judicial tome las medidas necesarias que marca la ley.
- En el ámbito civil se requieren informes sobre la capacidad de una persona afecta de enfermedad psíquica y/o física para gobernar su persona y/o bienes, a efectos de determinar su capacidad civil o la necesidad de su internamiento en un centro médico para su tratamiento.
- Informes de valoración de lesiones y secuelas psíquicas.
- Informes de valoración integral de violencia de género, donde la valoración psiquiátrica de la víctima es necesaria para valorar la compatibilidad con haber sufrido un proceso de dominio y las lesiones o secuelas derivadas.

Tanto la trascendencia como la complejidad de estos informes hacen que la prueba pericial psiquiátrica se pueda considerar, junto con la autopsia, la prueba reina de la medicina forense.

Investigación de la verdad pericial

2

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Objetividad de los datos manejados 14
Método científico utilizado 14
Método inductivo 14
Método deductivo 15
Método analógico 16
Rango de certeza 16
Prueba de certeza categórica 17
Positiva 17
Excluyente 17
Prueba de certeza relativa 17
Positiva 17
Negativa 17
Relación causa-efecto 18

La misión del perito médico es, en líneas generales, la investigación de la denominada «verdad pericial». En este sentido, se deben realizar una serie de consideraciones que no pueden pasar inadvertidas a un perito, y menos a todo especialista en medicina forense, ya que la base de la pericial médico-forense se halla precisamente en la investigación de la verdad pericial, en el método empleado y, por ende, una vez establecido, en determinar la relación causa-efecto.

Este último aspecto ha de entenderse de forma amplia y general, ya que la relación causa-efecto, aunque fundamentalmente surge como problema en la valoración de lesiones, siempre ha de establecerse en toda circunstancia, ya sea entre agente lesivo y resultado final de lesión o entre un trastorno psiquiátrico que se pueda padecer y la acción supuestamente delictiva que se pueda cometer.

Es por ello por lo que ambos conceptos, de investigación de la verdad pericial y relación causa-efecto, se hallan presentes en toda peritación y son la base precisamente de su éxito y, por lo tanto, de las conclusiones que, una vez realizada la investigación del «hecho», exponga el perito médico-forense.

Los cuatro pilares fundamentales en los que se basa toda peritación y, por lo tanto, la investigación de la verdad pericial son cuatro: objetividad de los datos que maneja el perito médico; método utilizado; grado de certeza y establecimiento de relación causa-efecto.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

OBJETIVIDAD DE LOS DATOS MANEJADOS

La primera consideración que hay que tener en cuenta es que, en el intento de hallar esa verdad pericial, los datos en que se ha de basar el perito tienen que ser lo más objetivos y veraces posible. A ello ha de contribuir no sólo la eficacia y el grado de acierto con que el perito médico-forense (legista) realiza el reconocimiento, como pueden ser la fiabilidad de los protocolos en exploración psiquiátrica o en drogodependencias o una minuciosa técnica de autopsia, sino la fiabilidad y la eficacia de las técnicas complementarias que se emplean. Así, en el caso de los reconocimientos psiquiátricos, las pruebas complementarias empleadas han de ser las más fiables y adecuadas a cada caso, y las autopsias se han de complementar siempre que se considere necesario con una investigación toxicológica, histopatológica o de otro tipo.

Es precisamente la fiabilidad o exactitud del reconocimiento que hace el perito médico forense, unida a la de las pruebas complementarias que emplea, según los medios que tiene o que se le han de proporcionar, la que da a todos los datos obtenidos la mayor objetividad posible, y sobre ellos se ha de trabajar. Hay que huir de todo dato que sea subjetivo o no tenga un mínimo de objetividad, para así evitar un análisis posterior erróneo, inexacto o fácilmente rebatible.

Por supuesto que la mayor objetividad dará siempre el mayor grado de certeza, si bien es verdad que en ocasiones ésta no puede alcanzarse debido a datos poco objetivos por imposibilidad técnica o de medios, pero otras veces debido a error pericial, del cual siempre se ha de huir pues, independientemente del método utilizado, la base se halla en los datos recogidos inicialmente.

La recogida de datos se puede llevar a cabo mediante dos técnicas esenciales de análisis científico: la experimentación y la observación. La empleada fundamentalmente en medicina forense es la observación, y se reserva la primera esencialmente para la investigación, que en medicina forense sirve a su vez de base para su progreso en conocimientos. De esta forma, para el forense «de a pie» la observación ha de ser la regla crucial como técnica de base para la recogida de datos objetivos y, de todos los obtenidos, clasificar los de mayor fiabilidad para poder llegar al mayor grado de certeza posible.

MÉTODO CIENTÍFICO UTILIZADO

Una vez obtenidos los datos, se puede optar por utilizar varios métodos dentro del análisis científico para proseguir con la investigación de la verdad pericial.

MÉTODO INDUCTIVO

Consiste en establecer hipótesis a través de los datos obtenidos y elevar al rango de teoría la hipótesis más contrastada posible. En este método lo inicial es la recogida de datos objetivos y fiables; posteriormente se clasifican según su fiabilidad, se establecen hipótesis y la más contrastada o con mayor grado de certeza se establece como teoría. Se ha definido el método inductivo como aquel que parte de lo particular para hallar lo general. Se asocia generalmente con las ciencias físicas. Es el método esencial en medicina forense y el método más científico de analizar «hechos» para relacionarlos con sus efectos. Unas veces el perito sólo parte de hechos aislados, y tras su análisis y búsqueda de más datos, podrá llegar a una serie de conclusiones.

Supóngase que un conductor es detenido en carretera por la Guardia Civil de Tráfico y se le realiza un test de alcoholemia. Si es positiva, dará pie a pensar que puede encontrarse en estado de embriaguez, pero sólo se confirmará a través de un reconocimiento minucioso en el que se detecten signos de embriaguez e información sobre dosis y tiempo de consumo, si ha comido o no, si ha tomado algún tipo de medicación, etc. Es decir, se parte de un dato inicial de sospecha y se procede a investigar más datos o indicios aislados (causas iniciales: lo particular) a fin de poder averiguar tras su análisis si el sujeto estaba ebrio (resultado final: lo general).

MÉTODO DEDUCTIVO

Consiste en lo contrario, es decir, a través de una teoría de rango general se van hallando las diferentes variables problema; se parte de lo general para hallar lo particular. Se ha de tener en cuenta que el médico forense no parte siempre de datos iniciales aislados, sino del resultado final. Es muy útil cuando el efecto final sólo tiene una causa inicial, por lo que es el método característico de las ciencias exactas, las matemáticas, pero poco útil en medicina forense como método exclusivo, pues a partir de un resultado final, en medicina, se puede hallar múltiples causas o variables iniciales y, por lo tanto, es poco aconsejable su utilización de forma exclusiva.

Sí se puede emplear como método complementario inicial para plantear esas variables problema e investigar su presencia, pero jamás hay que darlas por existentes por pura deducción, pues puede llevar a error. Este método sólo sirve cuando el hecho tiene una causa única y ésta ha sido científicamente probada como tal. En definitiva, es un método complementario con el cual sólo se puede plantear hipótesis, las cuales habrán de verificarse o refutarse mediante la búsqueda de datos particulares, indicios, y utilizando el método inductivo.

Siguiendo el ejemplo anterior, supóngase que el sujeto es detenido en su marcha por los agentes de Tráfico por realizar una maniobra extraña y, al serle solicitada la documentación, se observa que no está plenamente consciente, que no son adecuados sus reflejos, su habla es algo pastosa. Esto nos haría pensar que el sujeto está bajo los efectos del alcohol (resultado final, lo general), pero nunca podríamos confirmarlo, ya que dicho estado puede tener otras causas (causa inicial, lo particular). Sólo de partida, pues, se plantea la hipótesis de que ha consumido alcohol y está bajo sus efectos, pero su confirmación sólo puede realizarse buscando datos particulares (se parte de lo general). Habría que realizar una exploración física más o menos minuciosa, determinar la alcoholemia, preguntar sobre la cantidad de bebidas consumida, el tiempo transcurrido, por toma de medicación y demás. Con el conjunto de estos datos se podrá confirmar nuestra hipótesis de partida o no.

Aún más, para poder comprender la diferencia, y siguiendo con el caso, un método puramente deductivo es el empleado para establecer la relación entre una alcoholemia positiva, por ejemplo de 1 g por mil (resultado) y su causa inicial, que es haber consumido bebidas alcohólicas, ya que la especificidad y la sensibilidad de las pruebas utilizadas para detectar la alcoholemia es tal que la determinación que se realiza sólo es la medición de alcohol etílico en sangre y no otra sustancia. Por lo tanto, de un resultado final como es una al-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

coholemia positiva se puede deducir que ha consumido alcohol etílico, puesto que no tiene otra causa, la causa es única. Diferente es establecer que el sujeto con esa alcoholemia esté en estado de embriaguez, estado que sólo podrá objetivarse con signos clínicos positivos, datos particulares; por lo tanto, método inductivo. El método deductivo nos indica que ha consumido alcohol etílico, es indiscutible, pero no que esté ebrio, pues puede que no, dependiendo de su tolerancia al alcohol etílico.

Siguiendo con nuestro ejemplo anterior, supongamos que el sujeto presenta signos compatibles con una embriaguez y la alcoholemia arroja un resultado de 0,3 g/l; de igual forma no se puede deducir directamente que su estado se debe a otra causa (medicamentos, drogas, etc.) y no al alcohol, pues existe la posibilidad de que se trate de una embriaguez patológica y que con dosis muy reducidas de alcohol etílico ingerido se presente un cuadro de embriaguez.

Sólo a través del método inductivo, pues, recogiendo todos los datos particulares posibles, puede entenderse el resultado final, y habrá de dejarse el método deductivo para los casos aislados en que el efecto tiene una causa única o para plantear hipótesis iniciales que deberán ser contrastadas después.

MÉTODO ANALÓGICO

Consiste en que, cuando no se tienen datos suficientes relacionados entre sí a través de semejanza o frecuencias del hecho, se establece la relación entre esos datos para llegar a un resultado final. Por lo tanto, es un método poco fiable por el cual sólo se puede establecer hipótesis, al igual que con el método deductivo, si bien se ha de tener en cuenta que en medicina forense en más ocasiones de las deseadas no se cuenta con datos particulares, sino el resultado final, que además ya no es posible contrastar, por lo que se ha de utilizar el método analógico. Sólo debe dejarse como último recurso en caso de no tener datos fiables que hayan permitido llegar a un grado de certeza adecuado.

Siguiendo nuestro ejemplo, supóngase esta vez que al médico forense le llega el resultado de la alcoholemia realizada al sujeto sin ningún dato más, con el fin de informar si se hallaba en estado de embriaguez o no, y que dicha alcoholemia sea, por ejemplo, de 1,6 g/l. En este caso habrá que utilizar el método analógico, ya que estadísticamente con alcoholemias de 1 g/l el 10% de la población presenta signos y síntomas de embriaguez, con 1,2 g/l el 20%, con 1,5 g/l el 50%, con 1,75 g/l el 75%, con 2 g/l el 100%, con 4 g/l el coma es una constante y más de 5 g/l causan la muerte por intoxicación alcohólica (Villanueva Cañadas, 2004). Según estos datos, considerados como lo más frecuente estadísticamente, se puede establecer la hipótesis de que el sujeto estaba probablemente ebrio, pero nunca como verdad absoluta.

RANGO DE CERTEZA

Según lo expuesto anteriormente, y continuando con las características que debe cumplir toda peritación médico-forense que se considere un análisis lo más científico posible, podemos clasificar la prueba pericial médico-legal según su grado de certeza (su objetividad) en: prueba de certeza categórica y prueba de certeza relativa.

PRUEBA DE CERTEZA CATEGÓRICA

Positiva

Es aquella que no deja lugar a dudas, pues adquiere el carácter de evidencia, sin posibilidad de contradicción. Se pueden considerar como tal los signos cadavéricos de muerte cierta o una prueba de identificación mediante ADN, ya que actualmente su probabilidad, aunque no absoluta, se considera como del 100%. Son pruebas difícilmente refutables.

Excluyente

Como su propio nombre indica, es aquella cuyo resultado negativo excluye al 100%, o cuando menos con gran probabilidad, y en ocasiones es crucial para eximir de responsabilidad. Son ejemplos la prueba de exclusión de paternidad con resultado del 100% de probabilidad o el caso de exclusión por comparación de grupos sanguíneos en dos muestras de sangre antes de estudio de comparación de ADN.

PRUEBA DE CERTEZA RELATIVA

Positiva

Es una certeza que procede de la existencia de una serie de argumentos, todos ellos coincidentes, que es posible proponer frente a lo contrario. Este tipo de pruebas son convincentes y conllevan la seguridad del perito, aunque desde el punto de vista rigurosamente científico no sean categóricas. Entre ellas está la valoración médico-legal de una alcoholemia, puesta antes de ejemplo. Así pues, una alcoholemia de 2,5 g/l lleva a la convicción de que el sujeto se hallaba en estado de embriaguez pues, como se indicó en el ejemplo, la embriaguez puede considerarse una realidad por encima de 2 g/l, pero dado que pueden existir excepciones –una minoría que resista este consumo de alcohol reflejado mediante dicha alcoholemia sin llegar a la embriaguez–, esta prueba no obtiene un grado de certeza total (pero sí se acerca a la prueba categórica cuanto más objetivo sea el dato en que se basa la prueba, en este caso cuanto más elevada sea la alcoholemia detectada).

Negativa

Es aquella en que hay duda fundada y, por lo tanto, no es convincente, sino una mera probabilidad o hipótesis; a lo más podría hablarse de una sospecha o incluso ni eso, basada más en la intuición que en datos objetivables y contrastados. Por ejemplo, el diagnóstico de individualidad de las personas a través del examen de los grupos sanguíneos, ya sólo utilizado para exclusión. En el caso anterior de valoración de alcoholemia, si la detectada fuera de 0,75 g/l en vez de los 2,5 g/l, la prueba se convertiría en una prueba relativa negativa, ya que la posibilidad de que el sujeto esté en fase de embriaguez es sólo una mera probabilidad, pues gran cantidad de sujetos con estas cifras de alcoholemia no lo están.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

RELACIÓN CAUSA-EFECTO

Expuestos los datos con que contamos, su objetividad y, por lo tanto, sus grados de certeza, se ha de establecer lo que se denomina existencia o inexistencia de relación causa-efecto entre un hecho o circunstancia y un resultado. Por lo general es la base de toda peritación. Así se ha de establecer la relación entre el trastorno mental que sufre el sujeto y la acción que ha llevado a cabo, la relación entre las lesiones u otros signos hallados en el cadáver y la causa de la muerte, la relación entre la causa de la muerte hallada en el cadáver con antecedentes sobre lesiones sufridas con anterioridad, la relación entre la lesión sufrida por un sujeto y el resultado final, estado de enfermedad que presenta, etc.

Si bien en muchas ocasiones no plantea problema alguno por la evidencia, en otras ocasiones sí se plantea como problema puntual que resolver, principalmente en el campo de las lesiones, dada la existencia de las denominadas concausas, que han de diferenciarse de la causa de la lesión; si concurren, varía el resultado final.

En lo que respecta a psiquiatría forense, la base de la peritación es la relación causa-efecto entre la enfermedad o trastorno mental que se alega padecer y un resultado final. Son tres las cuestiones genéricas que resolver respecto al establecimiento de esta relación causa-efecto:

1. Existencia de enfermedad o trastorno mental en un momento dado: es una relación temporal entre la enfermedad o trastorno que se alega y su existencia o no en un momento concreto (pretérito en la imputabilidad, presente y futuro en la capacidad civil).
2. Que el trastorno pueda ser causa o consecuencia: puede ser causa de alteración de facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto (imputabilidad, incapacidad) o consecuencia de un agente lesivo (daño psíquico resultante de lesiones o de violencia de género).
3. Que dicha causa o consecuencia esté presente y se relacione con ese momento dado concreto.

A modo de ejemplo, supóngase el caso de un sujeto al que se imputa un robo de dinero con intimidación, que alega ser drogadicto y que en el momento de los hechos padecía un síndrome de abstinencia. Paso a paso habrá que objetivarse:

1. Que el sujeto era drogadicto en la época o fecha en que se cometieron los hechos (no es válido demostrar si en la fecha del reconocimiento lo es, sino que hay que establecer la relación de la enfermedad que alega con el momento de los hechos) y concretamente que padecía un síndrome de abstinencia en el momento de la acción.
2. Hasta qué punto sus facultades pueden verse alteradas en dicha enfermedad; efectivamente, en esos casos pueden verse alteradas por estados de abstinencia declarada, intoxicación, psicosis agudas, etc.
3. Que efectivamente había o es posible que hubiera una alteración de facultades debido al síndrome de abstinencia en el momento de la acción, lo cual, aunque se supone, puede no ser cierto. Si es detenido durante o inmediatamente después de los hechos, es posible que dicho estado

pudiera objetivarse por la existencia de un parte médico de reconocimiento de detenido. De no ser así, será crucial valorar otros datos para establecer una relación causal entre el estado de abstinencia y la posible alteración de facultades que alega y el hecho punible que comete; por ejemplo, dicha relación podría existir si utiliza el dinero que roba para comprar droga y consumirla porque lo precisa, pero si queda demostrado que utilizó el dinero para comprarse una chaqueta, la relación causal no existe, quedaría roto todo vínculo causal, aun siendo cierto que sea drogadicto y dicha adicción puede alterar sus facultades.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Intrusismo en medicina legal y forense

3

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Conceptos 21
Marco legal 24
Causas 29
Conclusiones 34

CONCEPTOS

Coincidiendo sobre todo con la promulgación de la Ley 30/95, de 8 de noviembre, de «Ordenación y supervisión de los seguros privados», se observó un aumento significativo de actuaciones médicas periciales en el ámbito de la Justicia, llevadas a cabo por profesionales de diferentes especialidades o sin especialidad alguna, considerando de forma generalizada que su especialidad clínica los habilita para ello, lo que no es del todo correcto.

Se ha de partir de la base de cuatro conceptos fundamentales:

1. La realidad actual de que la Medicina Legal y Forense, como área específica de la medicina, incluida además en la licenciatura en sus últimos cursos, queda reconocida oficialmente como especialidad (y como tal expide un título oficial de especialista el Ministerio de Educación y Ciencia, tras haberse superado los estudios pertinentes) que se recoge en el Decreto 217/84, de 11 de enero (BOE de 31 de enero de 1984), junto a otras 48 especialidades médicas, en el apartado de especialidades que no requieren formación hospitalaria, entre las que también se recogen Estomatología, Hidrología, Medicina Espacial, Medicina de la Educación Física y del Deporte y Medicina del Trabajo.
2. El concepto de medicina legal: la medicina legal, judicial o forense, se define como «la ciencia que tiene por objeto el estudio de las cuestiones que se presentan en el ejercicio profesional del jurista y cuya resolución se funda, total o parcialmente, en ciertos conocimientos médicos o biológicos previos», o de forma más completa se puede definir como «el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el Derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución» (Gisbert Calabuig, 2004 b). Es, pues, una ciencia auxiliar del Derecho, pero auxiliar indiscutible, en palabras del profesor Gisbert Calabuig, ya que sin ella no se concibe una

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

recta administración de la Justicia. Se puede considerar el ejercicio de la medicina legal y forense cuando se ejerce la medicina con carácter pericial en el ámbito del Derecho, en los tribunales de Justicia. Posee un programa de formación como especialidad contemplada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). En él queda definida como «la especialidad médica que tiene por objeto la utilización de los conocimientos médicos, jurídicos, administrativos, éticos y ciencias afines a la aplicación, desarrollo y perfeccionamiento del Derecho, de la asistencia sanitaria y de la actividad profesional médica». Y entre sus objetivos generales, marca «resolver las cuestiones médico-legales que plantea la aplicación y desarrollo del Derecho en sus facetas penal, civil, social, administrativa, militar y eclesiástica». Así pues, tanto el contenido de la especialidad como el programa de formación teórica y práctica desarrollados en esta Resolución van enfocados a ello.

3. La realidad aún más invariable de la existencia del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. A tenor de lo expuesto en el punto anterior sobre el origen de la especialidad, se ha de conocer que la medicina legal o judicial o forense (términos todos ellos sinónimos) nació con las exigencias de la Justicia (Gisbert Calabuig, 2004); vino a la luz pública cuando la Ley requirió taxativamente la intervención de los médicos como peritos ante los órganos de la Administración de Justicia. Se consolida realmente con la creación de un cuerpo de médicos al servicio de la Justicia, el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, que tuvo su origen en la Ley de Sanidad de 1855 y llegó a tener realidad como tal cuerpo en 1915. Por supuesto, es la base para el reconocimiento de la Especialidad de Medicina Legal y Forense como tal mediante el Decreto 127/84 de 11 de enero, en el que se establece la lista de las 49 especialidades médicas reconocidas en la actualidad. Es, pues, un deber reconocer que la actual Especialidad de Medicina Legal y Forense se creó con el desarrollo de esta faceta de la medicina a través del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, al cual se accede superando unas pruebas teórico-prácticas y un curso teórico-práctico posterior, todo ello dependiente del Ministerio de Justicia, el cual emite, tras la superación de dichas pruebas, el título oficial de Médico Forense como funcionario al servicio de la Administración de Justicia.
4. La medicina pericial no es exclusiva de la medicina legal y forense. Es medicina pericial la ejercida por asesores médicos en epidemiología o sanidad, la desarrollada por médicos asesores de compañías de seguros o sanitarias, la de los médicos de las comisiones de valoración de la Seguridad Social, etc. No lo son sus contenidos, como la valoración del daño corporal, desarrollada por médicos de comisiones de valoración o médicos de compañías de seguros. Lo que sí es propio e inherente a la medicina legal y forense y, por lo tanto, a su campo de acción es que dicho asesoramiento o pericia médica se desarrolle en el ámbito del Derecho, en los Tribunales de Justicia, ejercicio profesional que sí ha de entenderse como ejercicio de aquélla, ya que por sus fines queda definida como ciencia auxiliar del Derecho.

Entendida y reconocida la Medicina Legal o Forense como una especialidad, su contenido es diverso y, como ciencia auxiliar del Derecho, se puede dividir en diferentes áreas de conocimiento según los problemas que se ha de resolver, base sobre la que se puede clasificar su contenido en (Gisbert Calabuig, 2004):

- *Derecho médico:* conjunto de disposiciones legales que regulan el ejercicio de la medicina en general, así como los derechos y obligaciones de los médicos.
- *Criminalística:* estudio de las técnicas médicas y biológicas usadas en la investigación criminal sobre las huellas objetivas de los hechos delictivos.
- *Medicina legal tanatológica:* estudio del cadáver y de sus fenómenos evolutivos, así como de las técnicas adecuadas para ello. En la actualidad está integrada en la estructura de los Institutos de Medicina Legal en la Patología Forense (Servicio de Patología Forense), que de forma general se ocupan del estudio del cadáver en toda su dimensión.
- *Patología forense:* estudio de los mecanismos lesivos y su resultado en el ser humano, causen o no la muerte; es decir, el estudio de las lesiones traumáticas que originan la muerte, pero también de aquellas que, no originándola, producen la lesión del sujeto vivo, la cual puede curar con o sin secuela. Abarca, pues, la valoración del daño corporal, la valoración de causas de muerte, de vitalidad de las lesiones, etc. En la actual estructura de los Institutos de Medicina Legal, la patología forense del sujeto vivo se integra en la valoración del daño corporal, perteneciente al Servicio de Clínica Médico-Forense.
- *Medicina legal sexológica:* es la parte de la medicina legal encargada de la resolución de los problemas periciales enmarcados en el campo de la sexualidad, en especial las agresiones sexuales.
- *Medicina legal del recién nacido:* comprende todas las actuaciones periciales relativas al recién nacido, en especial la muerte violenta.
- *Medicina legal psiquiátrica:* comprende el estudio del enfermo mental en su relación con la Justicia.
- *Medicina legal toxicológica:* comprende el estudio de los venenos o tóxicos como causa de enfermedad o de muerte, ya sea por voluntad propia o como arma lesiva. En la actualidad está integrada en el Instituto Nacional de Toxicología o en los servicios de laboratorio de los Institutos de Medicina Legal (IML) como técnicas complementarias en la investigación forense.

Los Institutos de Medicina Legal, como nueva concepción y organización de la medicina legal y forense en el ámbito de la Administración de Justicia, configuran su estructura integrando el contenido clásico de aquélla de la siguiente manera:

- *Servicio de Clínica Médico-Forense:* integra todas las valoraciones que se deben realizar en el sujeto vivo y engloba psiquiatría forense, sexología forense, valoración del daño corporal, valoración integral de víctima de violencia de género, etc. Dicho servicio puede estar estructurado en secciones como psiquiatría forense, valoración del daño, unidades de valoración integral de violencia de género y demás.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Servicio o Sección de Psiquiatría Forense:* inicialmente creado como servicio en el Instituto de Medicina Legal de Sevilla (Orden JUS/479/2008, de 20 de febrero, por la que se establece el Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla), se escinden de los servicios de clínica (o quedan incluidos en éstos como secciones) por necesidades de volumen y subespecialización de los médicos forenses, y se encargan de todas las pruebas periciales que forman parte, total o parcialmente, del ámbito de la psiquiatría forense (valoración de daño psíquico, valoración integral de violencia de género, imputabilidad, incapacidad e internamientos, etc.).
– *Servicio de Patología:* tiene encomendado el estudio del cadáver en toda su dimensión: procesos destructores del cadáver, lesiones, etiología de muerte, mecanismos de muerte, antropología física forense, etc.
– *Servicio de Laboratorio Forense:* viene a asumir en los Institutos de Medicina Legal las competencias que tenía encomendadas el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INT y CF), de forma exclusiva o complementaria según las diferentes reglamentaciones autonómicas.

MARCO LEGAL

A tenor de lo expuesto hasta ahora, la realización continuada de la actividad profesional de la Medicina Legal y Forense sin poseer el correspondiente título oficial se podría considerar intrusismo según lo dispuesto en el Art. 403 del actual Código Penal, que textualmente establece: «El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente incurrirá en la pena de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y si no estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de tres a cinco meses».

Si bien podría argumentarse que ser perito no es expresamente una profesión, en el caso de la medicina legal y forense, que tiene por único objeto la valoración y el asesoramiento médico en el ámbito de la Justicia y es una especialidad médica, sí ha de considerarse como tal, lo mismo que es la de radiólogo, traumatólogo y dermatólogo.

De esta forma podría bordear el intrusismo intraprofesional la actividad llevada a cabo por el profesional médico que ejerce la medicina legal y forense sin el título oficial correspondiente, pues, según lo expuesto anteriormente, sólo existen dos formas de ejercicio de esta especialidad: a través de la capacitación reconocida por el Ministerio de Educación y Ciencia tras la superación de examen Médico Interno Residente (MIR) y realización posterior de 3 años de especialidad, lo cual conduce a la obtención del Título de Especialista en Medicina Legal y Forense, especialistas encaminados a la actividad privada, o a la capacitación reconocida para el desarrollo de dicha actividad dentro de la Administración de Justicia, a través de la superación de la oposición correspondiente y la obtención del Título de Médico Forense, considerado como funcionario público.

A este respecto puede considerarse extraordinariamente esclarecedora la sentencia 24/02/2000, n.º 77/2000, del Juzgado de lo Penal n.º 3 de Almería,

respecto de un caso de intrusismo intraprofesional a propósito de un facultativo médico que llevaba a cabo intervenciones quirúrgicas de cirugía estética sin título de especialista (especialidad no reconocida en España como tal y que, por lo tanto, ha de incluirse dentro del campo de la medicina correspondiente a la cirugía plástica y reparadora), ya que en dicha sentencia se establece una diferencia entre título oficial y académico que puede servir de referencia:

> «La primera cuestión que se plantea aquí, conforme a la redacción del Art. 403 CP, es la distinción entre lo que es título académico y título oficial, dado que el legislador ha diferenciado claramente entre ambos, mucho más cuando dentro del primer párrafo del precepto se sanciona con penas diferentes una y otra conducta; la falta de título académico con la pena de multa de seis meses a doce meses; la falta de título oficial con la pena de tres a cinco meses. Así pues, a la hora de interpretar o analizar lo que significa una y otra posibilidad delictiva, tenemos ya un factor claro diferenciador, la pena, lo que quiere decir que el legislador de 1995 considera más grave la falta de título académico que la de título oficial. Y la distinción es importante, porque de ella depende la correcta calificación jurídica de los hechos, aunque ciertamente la pena pierde su criterio en los supuestos del subtipo agravado dado que es la misma para uno y otro supuesto.
>
> Parece lógico deducir que el inciso primero del párrafo primero del Art. 403 parece referirse a aquellos supuestos en que el sujeto activo carezca de formación universitaria finalizada adecuadamente. Es la universidad la que en definitiva puede otorgar el «título académico». Así se desprende expresamente de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de reforma universitaria, que tanto en su preámbulo como en su articulado viene a proclamar claramente el carácter académico de la universidad. En este sentido, por ejemplo, dicho preámbulo, a propósito del reparto de funciones sobre la enseñanza universitaria entre Estado, las comunidades autónomas y las propias universidades, establece como principio general el de «libertad académica (de docencia e investigación)»; también el apartado *b),* que sigue al anterior, habla de «las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales»; o al final de dicho preámbulo, donde se proclama el principio de «autonomía para la ordenación de la vida académica» que se atribuye a la universidad. Por lo tanto, es esta institución, no cualquier otra, la que tiene como misión primordial «el servicio público de la educación superior» (Art. 1-1), de modo que «la actividad de la universidad, así como su autonomía, se fundamentan en el principio de libertad académica, que se manifiesta en las libertades de cátedra, de investigación y de estudio» (Art. 2-1). Por último, corresponde a la universidad «la expedición de sus títulos y diplomas» (Art. 3-2, apartado *i*). Desde esta perspectiva sólo tienen consideración de títulos académicos aquellos que taxativamente señala el Art. 30 de dicha Ley Orgánica, es decir, el título de diplomado, de arquitecto técnico o de ingeniero técnico (primer ciclo); el de licenciado, arquitecto o ingeniero (segundo ciclo); el título de doctor (tercer ciclo).
>
> En conclusión, es el estudio en la universidad, la realización completa de estudios superiores, lo que permite obtener un título académico. Es cierto, no obstante, que dicha Ley Orgánica, en un momento dado, utiliza también la expresión «título oficial» (Art. 28-1); pero la cuestión no representa pro-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

blema alguno cuando el propio número 2.º de dicho artículo 28 aclara a qué se refiere dicha expresión («los títulos a que hace referencia el apartado anterior serán expedidos en nombre del Rey por el Rector de la Universidad en la que se hubieren obtenido»).

Por eso, de cara a la tipicidad penal, cometerían el delito de intrusismo por falta del correspondiente título académico, por ejemplo, la persona que actúa como ATS sin haber obtenido la correspondiente diplomatura, el que ejerce como médico sin haber alcanzado la Licenciatura en Medicina, el que trabaja como abogado sin tener la Licenciatura en Derecho, etc.

El «título oficial» es lógicamente otra cosa. Para definirlo desde el punto de vista de la tipicidad penal, partiendo de la primera premisa interpretativa antes establecida, o sea, la diferencia de penas que se puede imponer según se carezca de uno u otro título, sería título oficial, por simple exclusión, todo el que fuere expedido por la correspondiente autoridad administrativa ajena a la propia universidad, lo que comprendería tanto los estudios reconocidos institucionalmente que no alcancen el nivel necesario para que se pueda considerarlos «superiores» (que son los propios de la universidad), como todos aquellos otros también ajenos propiamente a la institución universitaria que puedan significar bien un complemento de conocimientos genéricos, bien una mejor cualificación o preparación profesional más especializada o singularizada del propio título académico (excluido el doctorado), otorgado también por la Administración en general o por otros órganos o entes con delegación normativa específica de aquélla. En este sentido, es de recordar que es documento oficial (un título se expresa a través de un documento) «el que proviene de las Administraciones Públicas (Estado, comunidades autónomas, provincia o municipio) para satisfacer las necesidades del servicio o función pública, y de los demás entes o personas jurídico-públicas para cumplir sus fines institucionales» (STS. 1-7-1987 y 10-11-1993). A partir de ahí puede constituirse la figura de título oficial».

Posteriormente el magistrado analiza uno por uno todos los títulos aportados por el imputado, y respecto del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía establece:

«El primer título de que dispone, según consta en autos, es el general de Licenciado en Medicina y Cirugía, que es el título académico, y que pese a lo confuso de su denominación no le habilita mínimamente, por razones obvias, para la práctica de cualquier intervención propia de la Cirugía dado que de aceptarse esa hipótesis no tendría sentido la existencia en España de ninguna especialidad médica, tanto la propia de cirujanos como la de otros campos de la Medicina suficientemente conocidos por todos, también claramente cualificados».

Finalmente establece como conclusión respecto del delito de intrusismo que se le imputaba:

«Conclusión: es más que evidente que cometió un delito de intrusismo profesional en la modalidad a que se refiere el inciso segundo (carencia de título oficial) del párrafo primero del Art. 403 del CP, es decir, por lo que

viene al caso concreto, el referente a la práctica de intervenciones quirúrgicas remodeladoras del cuerpo humano, aun siendo médico, sin disponer del preceptivo título oficial (Cirugía Plástica y Reparadora), que en España se adquiere a través de las pruebas MIR y de la superación del período de prácticas reglamentariamente establecido, lo que a su vez implica que carecía de la capacitación necesaria y habilitación legal oportuna para intervenir en la forma en que lo hacía…».

Dicha sentencia fue recurrida ante la Audiencia Provincial, y uno de los motivos alegados era una errónea valoración de la prueba por infracción del Art. 403 del C.P. en relación con la Ley Orgánica 11/1983 de 25 de Agosto, de Reforma Universitaria, y el Real Decreto 127/1984 de 11 de enero y del Art. 24 de la Constitución, por la carencia de título oficial referente a la especialidad médica. La Audiencia Provincial establece al respecto (Audiencia Provincial de Almería, sentencia 3/7/2000, n.º 286/2000):

«Con independencia de que la argumentación de la sentencia que se invoca (sentencias del T.S., Sala 3.ª, de marzo y 17 de junio de 1995, entre otras, que precisan que la profesión de médico es una y sólo una siendo las especialidades variaciones de una única profesión… «en general cualquier médico sea o no especialista puede atender cualquier enfermedad, a cualquier enfermo, incluso sobre aspectos de la especialidad ajena, ya que el título de médico especialista sólo es necesario para ejercer la profesión con ese carácter, es decir, no para ejercer la profesión, sino para ejercerla como especialista») debe ser aceptada por este Tribunal, en cuanto suponen una formulación genérica de la obligación y derecho de todo médico de prestar asistencia sanitaria de un modo general para atender cualquier tipo de enfermedad sin necesidad de ser especialista, sin embargo ello no supone que se pueda dar licencia o autorización para que cualquier médico ejercite la medicina desarrollando actividades propias de las especialidades médicas que como tales vienen definidas en el Art. 1 del Real Decreto 127/1984 de 11 de enero por el que se regula la formación médica especializada y la obtención de título de médico especialista. El límite entre la especialidad y la medicina general vendrá determinado en cada caso por las circunstancias concurrentes puesto que frecuentemente desde un médico generalista se llega al médico especialista a través del consejo y dirección de este último, sin perjuicio de que pueda tratarse y curar determinadas dolencias de escasa importancia, o de mayor en caso de urgencia médica, según las circunstancias, siendo el propio médico el que mejor pueda trazar esa línea divisoria entre la especialización y la medicina general, ya que ha estudiado las distintas asignaturas y ramas de la medicina sobre las que posteriormente se configuran las especialidades médicas. Es precisamente esta línea divisoria en donde en cada caso concreto habrá que examinar en qué medida el médico que no tiene la especialización, equivalente a título oficial a efectos penales, ha podido incurrir en un delito de intrusismo por carecer de la titulación oficial necesaria sin perjuicio de que tenga la titulación de médico de medicina general».

Un segundo aspecto dentro de este motivo de alegación hacía referencia a que el título de médico especialista en medicina estética (dígase lo mismo

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

respecto de los especialistas en valoración de daño corporal, por ejemplo) no existe en nuestro ordenamiento jurídico y consecuentemente no puede cometerse intrusismo en la persona que lleva a cabo una actividad subsumible dentro de esta modalidad de medicina que tiende a la mejora del aspecto físico de las personas, respecto de lo cual la sentencia de la Audiencia establece:

> «En cuanto al argumento del recurrente sobre la existencia de unos médicos que llevan a cabo una cirugía estética, de tal forma que la práctica habría configurado una cirugía estética no reconocida legalmente, este Tribunal no puede compartir dicho criterio en cuanto que supondría la creación de especialidades por la vía práctica o de los hechos consumados cuando las mismas se encuentran perfectamente abarcadas por unos estudios que configuran una determinada titulación de especialista, por lo que de admitirse esta posibilidad no se estaría sino dando carta de naturaleza y denominación a lo que sería un mero intrusismo en una actividad que se encuentra perfectamente definida por los estudios correspondientes de dicha especialización…
>
> Tampoco la titulación aportada por el médico recurrente, a la que se ha hecho ya referencia, permite suplir la falta de especialización correspondiente porque no podemos olvidar que el Real Decreto de 1984 establece que los Ministerios de Educación y Ciencia, oído el Consejo Nacional de Especialidades, establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los Centros y Unidades Docentes, a efectos de formación de Médicos Especialistas».

El recurso interpuesto alegando el motivo expuesto en relación con el intrusismo, entre otros, es desestimado y se confirma la sentencia del Juzgado de lo Penal.

Se trata de las dos sentencias, de las ya existentes en relación con «intrusismo médico intraprofesional», en que más claramente se razonan las bases que llevan a considerar como intrusismo la falta de título de médico especialista, que se equiparara, a efectos penales, a título oficial.

Al margen, pues, de que exista o no intrusismo, por otra parte ha de considerarse la figura de los facultativos médicos que actúan como médicos asistenciales y posteriormente como médicos peritos, sobre todo en el campo de la valoración del daño corporal y de la psiquiatría forense. Puede evidenciarse, cuando menos intuirse, una falta de imparcialidad u objetividad en estos casos. Es evidente que si el psiquiatra que actúa como médico perito es el que asiste o ha asistido al imputado (o a la víctima), está profesionalmente implicado con aquél, máxime en esta rama de la medicina donde la parcialidad puede ser debido a las vivencias y experiencias que se comparten con el paciente, independientemente de que el médico psiquiatra tenga o no los conocimientos para actuar como perito o pueda o no ejercer legalmente, como ya se ha expuesto. Es un tema más deontológico que legal. La imparcialidad se ve comprometida, aunque sea inconscientemente, si el perito está implicado profesionalmente con la parte, y entiéndase bien lo de implicado, pues se refiere a una implicación médica, a la existencia de una relación médico-paciente, en ocasiones muy consolidada.

A este respecto se posicionó el Consejo General de Colegios Médicos en la nueva redacción que se dio al actual Código de Ética y Deontología Médica Español, de 10 de septiembre de 1999, que en su capítulo XVII, sobre «Médicos peritos y funcionarios», el Art. 41.3, establece: «La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente».

Se viene a reconocer por fin dentro de la profesión médica que la esencial condición que debe primar sobre cualquier médico perito es la de la imparcialidad, que se inicia en la ausencia de implicación profesional con ninguna de las partes. De esta forma habrá que diferenciar entre la posible actuación del médico que trata al paciente y sea llamado a juicio a informar sobre la enfermedad de aquél, testificar, y la del médico que no teniendo implicación profesional con ninguna de las partes actúa como perito, al margen de que esté o no capacitado.

CAUSAS

A juicio de quien suscribe, las principales causas de esta situación pueden recogerse en los siguientes puntos:

1. *Desconocimiento de la especialidad de la Medicina Legal,* de su contenido y fines, y confusión de la consideración de especialista clínico con capacitación para el desarrollo de una actividad pericial en ese campo. Si se resume drásticamente la actividad del médico legista, aparte de la definición dada inicialmente, se puede decir que el fin primordial de éste es valorar un hecho en materia médica y las consecuencias que de él se deriven, siempre que tengan repercusión en el ámbito del Derecho; en definitiva, esta valoración se basa siempre en el establecimiento de la relación causal entre un hecho con significación médica y las consecuencias derivadas, siempre en el ámbito del Derecho. Dicha finalidad pericial nada tiene que ver con la medicina asistencial o clínica; más aún, al médico forense o al legista se le exige el conocimiento de determinadas especialidades clínicas, sin las cuales difícilmente se podría llevar a cabo una adecuada peritación, pero las especialidades clínicas no precisan de conocimientos en medicina legal para su ejercicio.

   Encontramos claro ejemplo en la valoración del daño corporal, tema de máxima actualidad. Esta actividad va mucho más allá de determinar la lesión sufrida, el tratamiento que ha precisado, establecer y puntuar unas secuelas que vienen recogidas en un baremo; ha de valorarse el origen de la lesión, la relación causal entre la lesión inicial y el estado final, los días de curación e incapacidad (términos propiamente jurídicos o médico-jurídicos), especificar el tratamiento que ha precisado y establecer unas consideraciones médico-legales y unas conclusiones. En igual medida podemos comparar otras especialidades como la anatomía patológica clínica y la forense (Patología Forense), pues ésta necesita grandes conocimientos de la primera, pero no al revés, o en igual medida la psiquiatría forense.

   Concretamente, por lo que respecta a esta última, la misión del psiquiatra clínico es explorar al enfermo y, tras una anamnesis detenida y las pruebas complementarias precisas, llegar a un diagnóstico y prescribir un tratamiento; sin embargo, la psiquiatría forense no se detiene aquí, sino

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

que habrá de investigar si, en una situación concreta, la presunta actuación ilícita de un sujeto es consecuencia de su trastorno mental, o si aquél lo capacita para poder gobernar su persona y sus bienes, o si un testamento realizado lo fue en plenas facultades, etc. En definitiva, la psiquiatría forense para su práctica y su desarrollo precisa de la psiquiatría clínica, pero aquélla no precisa de ésta, lo que no quiere decir que la desconozca (un psiquiatra puede ser llamado de oficio por un tribunal). Así pues, es evidente que existen diferencias sustanciales en los objetivos y contenidos de ambas especialidades.

En este sentido va dirigido su programa formativo como especialidad clínica (Orden de Ministerio de Sanidad y Consumo 2616/2008, de 1 de septiembre), a diferencia del de la especialidad de Medicina Legal y Forense que anteriormente comentamos. En dicho programa de formación se define el objeto de la psiquiatría como «el estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, en concreto, los incluidos al día de hoy en el capítulo V (F) «Trastornos mentales y del comportamiento» de la 10.ª edición de la «Clasificación Internacional de las Enfermedades», desarrollada por la Organización Mundial de la Salud». Y señala además que «La psiquiatría es una especialidad de la medicina que, sin perjuicio de sus raíces comunes con otras disciplinas sanitarias, se ocupa de los trastornos psiquiátricos, entendidos como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural; sus intervenciones se basan en la observación clínica y en la investigación científica, incluyendo una amplia gama de técnicas, desde aquellas de carácter interpersonal, como es el caso de las psicoterapias y la rehabilitación, hasta otras actuaciones como el diagnóstico por neuroimagen, la psicofarmacología y otras intervenciones biológicas». Asimismo, entre los «Ámbitos de actuación de la psiquiatría, como ciencia médica multidisciplinaria», incluye «los problemas de orden jurídico-legal relacionados con la práctica de la psiquiatría y con la conducta de los enfermos mentales (psiquiatría y ley)», lo que no ha de confundirse con medicina legal y forense, más concretamente psiquiatría forense, si bien ésta se incluye dentro de su programa de formación como «formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud» (que diferencia de la «formación en psiquiatría»), y en el que sólo se incluye «problemas médico-legales derivados del ejercicio de la psiquiatría» y «valoración de daños derivados de patologías mentales y evaluación de la incapacidad».

Según lo expuesto, es evidente que concepto, objeto, ámbito de actuación y formación en psiquiatría como especialidad clínica no incluyen ni van dirigidos a la actuación como profesionales de la medicina forense, lo que no implica que desconozcan dicha esfera.

De esta forma, es dudoso que ser especialista clínico faculte para ser perito médico en el ámbito del Derecho, área de la Medicina Legal y Forense, y no sólo por la falta de posesión del título necesario, sino por la formación y la capacitación que se requiere. Si fuera de otra manera y se confunden la capacitación en una especialidad clínica con la capacidad para realizar una peritación tendente a valoración de un problema médico-legal en dicha área, de igual forma los médicos legistas

y los forenses estarían capacitados para ejercer la medicina clínica en sus diferentes especialidades, con mayor razón aún, si se tiene en cuenta que se precisa de conocimientos clínicos para llevar a cabo peritaciones o valoraciones, situación que no obstante sería absurda, pues dicha formación, aparte de clínica, va encaminada a otros objetivos ya concretados.

2. *Confusión respecto de lo que la ley establece para ser perito en un procedimiento y la obligatoriedad del llamamiento.* Efectivamente, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en el ámbito penal, y la Ley de Enjuiciamiento Civil, para la jurisdicción civil, establecen la necesidad de la peritación no médica explícitamente, sino para cualquier profesión, «cuando para apreciar o conocer algún hecho o circunstancia importante en el sumario o pleito sean necesarios conocimientos científicos, artísticos o técnicos» («cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos», según la Ley de Enjuiciamiento Civil).

   No obstante, ello no implica el ejercicio como perito médico privado, pues no ha de confundirse el objeto de la peritación con la exigencia de la ley respecto a las condiciones de los peritos. A este respecto tanto la Ley de Enjuiciamiento Criminal como la Ley de Enjuiciamiento Civil se pronuncian de forma clara, y es preceptiva/preferente siempre la titulación del perito o, lo que es lo mismo, han de estar en posesión del título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen.

   La Ley de Enjuiciamiento Civil establece que «los peritos han de poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste». Si se tratase de materias que no están comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en aquellas materias (Art. 340.1). De forma preceptiva han de ser titulares los peritos, salvo los casos en que no pueda serlo por no existir título de la materia objeto del dictamen, de la pericia, lo que se considera como única salvedad. Aplicado a los peritos médicos, se entiende que éstos han de estar en posesión del título oficial que los acredite como tales.

   Respecto de la peritación en el ámbito penal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal considera la posibilidad de que los peritos sean titulares o no, y la propia ley establece que son los peritos titulares los que tienen título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la Administración, y son peritos no titulares los que, careciendo de título oficial, tienen, sin embargo, conocimientos o práctica especiales en alguna ciencia o arte, aunque el juez debe tener preferencia por los titulares (Arts. 457 y 458). Se entiende que el espíritu de la ley es el mismo y, por lo tanto, debe ser similar lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y en la Ley de Enjuiciamiento Civil (mucho más moderna), pues ésta establece la necesidad de llamar a peritos titulares y, en caso de que no existan titulares en la materia objeto de dictamen, se recurrirá a los no titulares, y la primera establece que los peritos pueden ser titulares o no, aunque el juez debe tener preferencia por los titulares, acotación ésta que sitúa el llamamiento de peritos no titulares en la reserva de la inexistencia de titulares.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

La propia ley establece además lo que es un perito titular («el que está en posesión de título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté regulado por la Administración») y, por lo tanto, indirectamente establece lo que se entiende por título oficial de forma genérica para toda profesión, no sólo para los médicos (título cuya expedición la Administración regula y acredita la capacitación en una ciencia o arte), título oficial que en ocasiones se corresponderá con título académico y habrá de ir precedido necesariamente de aquél (no se puede ser especialista en medicina legal si no se es médico).

De ello podría considerarse que la ley establece, en el ámbito penal, que los médicos pueden llevar a cabo una peritación tengan o no el título de especialista en Medicina Legal y Forense o de Médico Forense; si bien lo que puede deducirse de lo que marca la Ley de Enjuiciamiento Criminal es:

a) Establece lo que es un perito titular, lo que en el campo de la medicina se traduce en que estar en posesión del título oficial para un médico será tener su título académico de médico (a estos efectos es un título oficial), si bien para ser y actuar como especialista deberá tener su título de especialista, ya que dicho ejercicio está regulado por la Administración y se trata, por lo tanto, de un título oficial. Así pues, por la propia definición de los objetivos y contenidos de la medicina forense y su consideración de especialidad médica, se debe entender por perito médico oficial el que esté en posesión del título de especialista en Medicina Legal y Forense o de Médico Forense.

b) Dicha posibilidad de llamamiento de titulares o no titulares nace de la propia exigencia de la Justicia penal en auxilio del reo y de la víctima, ante lo cual no podría imponerse cortapisas o barreras si permitiesen la aplicación de la ley a favor de uno u otro y no de forma imparcial, en definitiva impartir Justicia. Difícilmente podría denegarse la posibilidad de que el juez llame a un perito que pueda prestar sus conocimientos y contribuir a la aplicación de la ley en forma justa, si la causa es la carencia de título oficial en dicha materia y la inexistencia de uno titular (es la misma Ley la que marca la necesidad de valerse de los titulares con preferencia a los que no tengan título, seguramente en pro de la garantía que deben ofrecer los últimos). En definitiva, la Ley de Enjuiciamiento Criminal no marca límites al llamamiento de peritos en relación con su titularidad si ello puede impedir que se imparta Justicia, si bien establece como prioridad que sean titulares y que se ha de recurrir a los no titulares sólo en caso de ausencia o imposibilidad de actuación de los primeros.

c) Establece, por lo tanto, la posibilidad de ser llamado siendo no titular, llamamiento que es de oficio, irrenunciable pues, en auxilio de la Ley, y dicha actuación requerida dista mucho de la actuación voluntaria cuando se trata de una peritación médica privada.

d) Todo perito, y por lo tanto el médico, ha de saber que está obligado a prestar auxilio a la Ley y que la actuación a requerimiento de oficio, llamamiento impuesto por ley y que surge de una necesidad, no puede ser considerada intrusismo.

e) La prueba pericial puede ser de objeto diverso y, por lo tanto, en lo que respecta a la medicina, puede ser que el juez estime procedente que precisa oír el dictamen de un facultativo a fin de que informe o asesore sobre un tema concreto (si la peritación médica –al igual que cualquier otra– en un sentido amplio puede entenderse como asesoramiento además de valoración o resolución de problemas de naturaleza médica que plantea el Derecho, es lógico pensar que un médico especialista podrá asesorar en su campo). Por ejemplo, puede precisar que un psiquiatra le informe sobre lo que es una esquizofrenia solamente y su tratamiento, y no precisar que dicho perito informe sobre la «imputabilidad del sujeto» o encomendarle dicho dictamen a otro facultativo. En todo el juez decidirá sobre el perito a nombrar.

De todas formas, la limitación legal de ejercer de forma privada una pericial (médica), es decir, a voluntad, no ha de venir establecida por la Ley de Enjuiciamiento Civil o Criminal, ya que además no es su competencia, sino que dependerá de la legislación que en cada profesión regule la capacitación específica para poder actuar y de lo dispuesto en el Código Penal (o Civil), si bien aquéllas no deben infringirlos. Así, en medicina, la Ley General de Educación, de 4 de agosto de 1970, incluye la especialización en diferentes áreas a través de la enseñanza de determinadas especialidades en el segundo ciclo de la licenciatura, si bien su desarrollo posterior en este aspecto se realiza a través del Real Decreto 2.015/1978, de 15 de julio, destinado a regular la obtención del título (oficial) de las especialidades médicas, de tal modo que se garantizara a la sociedad el adecuado ejercicio profesional de las respectivas especialidades. Posteriormente, el Decreto 127/1984, de 11 de enero, estableció la lista de las especialidades médicas reconocidas en la actualidad, entre las cuales está la Medicina Legal y Forense.

En definitiva, según lo hasta ahora expuesto, se puede establecer que el título de Médico Especialista es un título oficial, que es obligatorio para ejercer la medicina con tal carácter y que es preferente/preceptivo para ser llamado/designado como perito en el ámbito penal y civil, por lo que, según lo dispuesto en el Código Penal, el ejercicio de la profesión de perito médico de forma voluntaria (no llamamiento de oficio) y permanente sin contar con el título de especialista en Medicina Legal y Forense o de Médico Forense podría constituir intrusismo intraprofesional.

A ello se suma la confusión sobre la obligatoriedad o no del llamamiento judicial como perito.

En el ámbito penal, la peritación puede ser privada o de oficio (a instancias del juez o a petición de parte), y en el civil la peritación siempre es de parte, salvo en los casos excepcionales marcados por la ley (de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales) en que podrá ser de oficio. Una prueba pericial privada o de parte siempre es rechazable, se puede aceptar o rechazar (muchas veces queda reducida, en el ámbito penal, a la presentación de un informe pericial privado que se adjunta a las actuaciones y que, si no es ratificado en presencia judicial, no alcanza el rango de prueba), no así el llamamiento de oficio, el cual es

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

irrenunciable, si bien se puede poner en conocimiento de la autoridad ordenante la falta de titulación, preparación o conocimientos.

3. *Confusión sobre que la realización de cursos o másteres en un área determinada de la medicina legal capacita para el desempeño de la función de perito.* Un máster o un curso de una determinada área o especialidad médica van encaminados a la formación médica continuada y la mayor capacitación de un profesional de dicha área. En este caso, un curso de «valoración del daño corporal» será muy interesante para la formación de un médico forense, un especialista en Medicina Legal, un médico perteneciente a unidades de valoración de incapacidades, médicos de compañías de seguros, pero cursarlo no capacita oficialmente en el ámbito de la medicina legal. Comprensiblemente, si un máster en cirugía cardiovascular no capacita para realizar intervenciones de este tipo a un médico general o a un traumatólogo ni un máster en psiquiatría capacita para ejercerla sin el título correspondiente, de igual forma un curso o un máster en valoración del daño corporal no puede capacitar supuestamente para convertirse en especialista en medicina legal, y además sólo en una parcela concreta como la valoración del daño, ya que no existe como especialidad.

CONCLUSIONES

Según todo lo expuesto, debemos considerar:

1. El ejercicio como perito médico en los juzgados y tribunales sin la posesión del título de Medicina Legal y Forense es una actuación profesional dudosa, presumiblemente intrusa, con base en la existencia de diferentes especialidades médicas con título oficial. En tal sentido se pronuncian las siguientes sentencias con relación al ejercicio de una especialidad médica sin estar en posesión del título correspondiente:
   – Tribunal Supremo, Sala 2.ª, S. 29 de septiembre de 1999. Se denuncia en el caso la indebida aplicación de los Arts. 321 CP y 403 CP 1995 alegando que los hechos probados no constituyen delito de intrusismo. Según el recurrente, licenciado en Medicina y Cirugía, obró en la creencia fundada pero errónea de que podía realizar los actos propios de la profesión de odontólogo. Sin embargo, es jurisprudencia reiterada la que viene entendiendo que las normas administrativas vigentes en la materia siempre han exigido y exigen la titularidad de odontólogo o de médico estomatólogo para las operaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades de la boca y los dientes, de modo que los que simplemente tienen el título de licenciado en Medicina y Cirugía no se encuentran habilitados para tales menesteres. Todo ello es en defensa no de unos determinados grupos de profesionales, sino del interés público que radica en que ciertas actividades sólo sean realizadas por quienes ostentan la necesaria capacidad técnica, para lo cual se exige una específica titulación que solamente se concede después de unos estudios y unos exámenes controlados por el Estado que previamente ha regulado los requisitos imprescindibles para tal situación. (*La Ley*, 2000.)

- Audiencia Nacional, Sala de lo Penal, S. 19 de enero de 1998. Se ha de distinguir, a los efectos del delito de intrusismo profesional, entre el acto médico aislado propio de la especialidad y el ejercicio habitual de la especialidad, de manera que el médico no especialista puede actuar en circunstancias especiales que justifiquen su correcta actuación (urgencias, ausencia de especialista, levedad de la primera intervención, etc.), pero lo que no puede hacer el médico no especialista es dedicarse de manera continuada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades incluidas en el cuadro de especialidades médicas. Aplicando dicho criterio de ejercicio habitual, la conducta del acusado se incardina en la tipicidad de los Arts. 321 CP y 403 CP 1995 pues, como se refleja en el *factum,* se ha dedicado habitualmente al diagnóstico y tratamiento de patologías bucales propias de la especialidad de la odontología. (*La Ley*, 1998.)
- Audiencia Provincial de Zaragoza, sección 3.ª, sentencia 5-4-1999, n.º 149/1999, recurso 65/1999. La Audiencia Provincial de Zaragoza desestima el recurso de apelación formulado por la procesada contra la sentencia que la condenó en un delito de intrusismo con publicidad, ya que entiende la sala que de la declaración de la acusada y de las declaraciones de los testigos se desprende que la imputada ejercía como odontóloga, siendo únicamente licenciada en Medicina y Cirugía, colegiada, y sin especialidad en este campo, además de la prueba documental de las tarjetas en que constaba como especialista en Odontología de la que se desprende la publicidad.
- Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, sección 2.ª, sentencia 9-4-1999, n.º 383/1999. La Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife desestima el recurso de apelación interpuesto por el acusado contra sentencia que le condenó por un delito de intrusismo profesional con publicidad, al entender la sala que existen pruebas suficientes que acreditan que el recurrente, licenciado en Medicina y Cirugía, venía ejerciendo, en diversos centros, como especialista en Ginecología y Obstetricia sin tal titulación, y además el acusado se presentaba y anunciaba como especialista.
- Juzgado de lo Penal n.º 3 de Almería, sentencia 24-2-2000, n.º 77/2000: se condena entre otros al imputado de un delito de intrusismo profesional con publicidad por quedar acreditado que ejercía como especialista en cirugía plástica sin estar en posesión de dicho título y además se anunciaba públicamente como tal.
- Audiencia Provincial de Almería, sentencia 3-7-2000, n.º 286/2000. La Audiencia Provincial de Almería desestima el recurso interpuesto por el imputado contra la sentencia que lo condenó por un delito de intrusismo profesional con publicidad al entender que queda acreditado que el procesado llevaba a cabo operaciones de cirugía plástica y reparadora sin estar en posesión del título acreditativo de dicha especialidad y además se anunciaba como tal en las páginas amarillas (desestimación del recurso interpuesto y confirmación de la sentencia antes referida dictada por el Juzgado de lo Penal n.º 3 de Almería).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

2. En el caso de los médicos que asisten al paciente y después actúan como peritos de parte, constituye además una falta deontológica según el actual Código de Ética y Deontología Médica Español (Art. 41.3: «La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente»).
3. Resta valor a la especialidad, ya que al perecer, según lo explicado, ésta no existe, pues todo profesional médico puede ser perito en el ámbito de la Justicia. Seguramente, ésta es la base de la consabida pregunta que, ya ocasionalmente por fortuna, se realiza al médico forense informante sobre si es especialista en el área de la que trata el asunto («¿es usted traumatólogo?» o «¿es usted psiquiatra?»), ante la cual, casi en el acto, se suele contestar «¿clínico o forense?», lo que deja ciertamente desconcertada a la parte inquisidora y da paso a explicar la capacitación y la diferencia entre las especialidades clínicas y la medicina pericial. Lo irónico del asunto, pues, es que la pregunta no ha de ir dirigida precisamente a los que están capacitados, y sería más correcto que se preguntara: «¿es usted especialista o tiene formación en Medicina Forense?». Ello sin duda vuelve a confirmar la desinformación y la confusión existentes respecto a una especialidad médica reconocida como tal y con objetivos y funciones muy específicas.
4. Por los motivos antes expuestos, se considera la existencia de una inferioridad de condiciones:
   - De los especialistas en Medicina Legal y Forense para el reconocimiento de su especialidad y el ejercicio privado, no así los médicos forenses, que son funcionarios y de forma expresa se les prohíbe el ejercicio privado en asuntos relacionados con sus funciones, lo que además prueba el hecho de que si plantea este asunto el colectivo de médicos forenses, es sobre la base de la ética y la deontología médica y la defensa de la especialidad, sin ningún otro interés.
   - Lo que sí afecta al colectivo de médicos forenses, al igual que también a los especialistas en Medicina Legal, es que en ambos casos se han de superar pruebas específicas de capacitación (examen MIR y 3 años de especialidad en un caso y oposiciones al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses en otro, de número reducido y gran dificultad).

Visto el panorama actual de que todo profesional médico parece estar capacitado, se cuestiona de qué sirve dicho esfuerzo, y más aún en el caso de los especialistas en Medicina Legal vía MIR, pues, tras larga inversión de tiempo y esfuerzo, el ejercicio privado de su actividad se ve limitado. Y en el caso de la supuesta capacitación que ofrecen los másteres y los cursos, no se pueden comparar a las pruebas ya referidas, lo que de nuevo contribuye a incrementar la inferioridad de condiciones como especialistas y la desvalorización de una especialidad mundialmente reconocida, hasta el punto de que el nivel de conocimientos y el desarrollo de técnicas modernas en Medicina Legal y Forense son la causa de su actual subespecialización.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, consideramos que no es la propia especialidad de Medicina Legal y Forense la que debe pronunciarse sobre la licitud o no de su ejercicio a partir de otras especialidades, sobre si ello debe ser considerado o no intrusismo, pues dicha tarea corresponde a la Justicia en

cada caso concreto en que los profesionales pueden ver amenazados sus derechos de ejercicio profesional y reclamen judicialmente por ello. No obstante, sí es competencia de la Medicina Legal exponer el tema y realizar ciertas recomendaciones en este sentido:

- Cada profesional médico, en virtud de su formación, debe establecer los límites sobre su actuación profesional y ser consecuente con los resultados que de ello se deriven. No se puede alegar desconocimiento en parcelas ajenas a la formación que se tiene y en las que sin embargo se ejerce.
- Las especialidades médicas son la base, en muchas ocasiones, de la Medicina Legal y Forense, por lo que para el ejercicio profesional privado de aquéllas en el ámbito de ésta se recomienda cuando menos una formación y/o capacitación adecuadas.
- Una formación médico-legal básica es conveniente para el ejercicio de todo profesional médico, incluso por si es llamado por un tribunal. En estos casos, recuérdese que en el ámbito penal (de oficio) el facultativo médico puede solicitar que se lo excuse del requerimiento como perito (no como testigo) alegando falta de los conocimientos necesarios en el campo médico-legal para llevar a cabo una peritación (dependerá de lo que le sea requerido), y que en el ámbito civil la actuación pericial ha de ser aceptada y, por lo tanto, es voluntaria.
- Nunca hay que actuar como médico asistencial y médico perito a la vez, pues, más allá de la falta de objetividad de la prueba, constituye una falta deontológica.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Prueba pericial médica en los procedimientos penal, civil, laboral, contencioso-administrativo y militar

4

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Procedimiento penal 43
Procedimiento civil 46
Procedimiento laboral 48
Procedimiento contencioso-administrativo 49
Procedimiento penal militar 49
Médico forense como perito 50
Ley Orgánica del Poder Judicial 50
Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECRIM) 52
Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses (Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero) 57
Reglamento de los Institutos de Medicina Legal (Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo) 58

El informe prestado por los médicos forenses se encuadra, de forma genérica, en el conjunto de los denominados informes periciales, los prestados por cualquier perito, sea médico o no. Dicho informe, oral o escrito, no es sino el resultado de la prueba pericial médica, por lo que queda sujeto a las normas establecidas para ésta en el ámbito penal, civil, laboral, contencioso-administrativo y militar, si bien sus características formales, en cuanto a estructura, forma y persona que lo presta, difieren porque se ajusta también a otras normas propias, que no legales.

La peritación en su conjunto –por lo tanto, a fuerza de ser repetitivos, también la prestada por los médicos y de forma expresa por los médicos forenses– posee características específicas en los ámbitos jurisdiccionales.

PROCEDIMIENTO PENAL

«El juez acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fueran necesarios conocimientos científicos o artísticos.» Art. 456 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En igual sentido se pronuncia el Tribunal Supremo en una sentencia de 20 de abril de 1990: «la necesidad de realizar un informe pericial está condicionada a que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia de importancia en las actuaciones, sea necesario o conveniente conocimientos científicos o

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

artísticos, o practicar operaciones o análisis desarrollados conforme a principios y reglas de una ciencia o arte».

En el caso concreto de la pericial médica, el juez podrá acordar la prueba cuando sean necesarios conocimientos científicos de carácter médico para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia.

En medicina, por lo tanto, conociendo la razón de su necesidad como ciencia que pueda auxiliar a la Justicia para conocer sobre determinados hechos o circunstancias, la peritación, de forma general, podrá basarse en (Gutiérrez Carbonel, 1993):

- *Sujetos vivos:* reconocimientos mentales, aproximación de la edad, valoración de lesiones, drogodependencias, etc.
- *Sujetos cadáveres:* autopsias, exhumaciones cadavéricas, etc.
- *Comunes:* determinaciones analíticas de contenido diverso (químicas, biológicas y otras); análisis de vestigios (semen, sangre, vestidos, etc.); determinación de responsabilidad en actuaciones médicas, etc.

La pericia médica viene a identificarse con la definición de la Medicina Legal y Forense como «el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de problemas que plantea el Derecho, en la aplicación práctica de las leyes» (Gisbert Calabuig, 2004 b).

El marco legal del informe pericial, en materia penal, se halla establecido en el Libro II, «Del sumario», Título V, «De la comprobación del delito y la averiguación del delincuente», Capítulo VII, «Del informe pericial», Arts. 456 a 485 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, de la que se pueden destacar los siguientes datos de mayor interés.

Los peritos pueden ser titulares o no (son peritos titulares los que tienen título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la Administración; son peritos no titulares los que careciendo de título oficial tienen, sin embargo, conocimientos o práctica especiales en alguna ciencia o arte), aunque el juez debe tener preferencia por los titulares (Arts. 457 y 458). Siempre se hará el reconocimiento por dos peritos, exceptuándose el caso de que no haya más que uno en el lugar y la llegada del segundo pueda producir graves inconvenientes al sumario (Art. 459), si bien existen otras excepciones en cuanto al número de peritos, lo que se expone más adelante.

El objeto de la pericia durante la fase de instrucción habrá de ser concretada por el juez de oficio o las partes personadas, y en la fase de juicio oral lo tendrán que solicitar las partes en sus escritos de acusación, conclusiones provisionales o de defensa. Asimismo, la proposición del perito la pueden hacer las partes durante la fase de instrucción, o lo puede acordar de oficio el juez, y en la fase plenaria lo pueden hacer las partes en sus respectivos escritos (Arts. 656, 787 y 790 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal). Pero siempre el nombramiento lo realiza el juez, ya sea como instructor, a instancia propia (Art. 462 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) o a petición de parte, o como juzgador, a petición de parte, aunque en ocasiones puede ser a su instancia. Este nombramiento siempre habrá de hacerse saber a los peritos por medio de oficio (Art. 460) o, si la urgencia del caso lo exige, puede hacerse verbalmente por orden del juez (Art. 461).

Nadie puede negarse al llamamiento del juez, a no ser por causa legítimamente fundada (Arts. 462 y 463); no podrán prestar informe pericial los que, según el artículo 416 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, no están obligados a declarar como testigos (Art. 464), y los que presten informe pericial en virtud de orden judicial pueden reclamar honorarios (Art. 465). Su nombramiento ha de ser notificado inmediatamente al actor particular, si lo hubiere, así como al acusado o su representante (Art. 466) y pueden ser recusados por diversas causas (Arts. 467, 468, 469 y 470). Asimismo, en el caso de que el reconocimiento y los informes periciales no pudieren reproducirse en el acto del juicio oral, el querellante y el procesado tienen derecho a nombrar un perito a su costa, y el juez resolverá sobre la admisión de los peritos propuestos (Arts. 467, 471, 472, 473). En este caso, el querellante o el procesado podrán concurrir al acto pericial con su representación correspondiente, y las partes asistentes podrán someter a los peritos a las observaciones que estimen convenientes, haciéndolas constar en las diligencias, y asimismo el juez podrá, por propia iniciativa o por reclamación de las partes, hacer al perito las preguntas que estime pertinentes una vez que éste haya expuesto sus conclusiones, y sus respuestas se considerarán parte de su informe (Arts. 476, 479, 480 y 483).

Como antes se expuso, el objeto de la pericia, del informe, ha de ser manifestada clara y determinantemente por el juez a los peritos (Art. 475). Además, éstos podrán retirarse por el tiempo absolutamente preciso, una vez efectuado el reconocimiento, para deliberar y redactar sus conclusiones, al sitio que el juez les señale para tal fin (Art. 481), y si necesitaran descanso, el juez podrá concederles el tiempo necesario para ello, adoptadas las precauciones necesarias para evitar cualquier alteración de la materia de objeto pericial (Art. 482). Si los peritos tuvieran la necesidad de destruir o alterar los objetos que analicen, parte de ellos deberá quedar en posesión del juez, de ser posible, para ulteriores análisis si fuera preciso (Art. 479). Una vez emitido su informe, si estuvieren discordes y su número fuera par, el juez nombrará a otro perito (Art. 484).

Aparte de las anteriores cuestiones generales que afectan a la peritación y, por lo tanto, a la prueba pericial médica, interesa conocer varias cuestiones de interés para el perito por su relevancia:

1. Antes de darse principio al acto pericial, todos los peritos nombrados prestarán juramento conforme al artículo 434 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de proceder bien y fielmente en sus operaciones y de no proponerse otro fin más que el de descubrir y declarar la verdad (Art. 474).
2. El acto pericial siempre será presidido por el juez de instrucción (o, en virtud de su delegación, por el juez municipal), aunque en el caso de autopsias judiciales puede delegar, en caso de que no pueda asistir, en un funcionario de la Policía Judicial, y asistirá siempre el secretario que actúe en la causa, que es quien tiene capacidad para dar fe del hecho (Arts. 353 y 477).
3. El juez facilitará a los peritos los medios materiales necesarios para llevar a cabo su peritación (salvo la excepción realizada en el Art. 362 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), los cuales se reclamarán a la Administración pública o a la autoridad correspondiente (Art. 485).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

4. El informe pericial comprenderá, si fuere posible (Art. 478):
   a) Descripción de la persona o cosa que sea objeto del informe en el estado o modo en que se halle. El secretario extenderá esta descripción, que dictarán los peritos y suscribirán todos los concurrentes.
   b) Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.
   c) Las conclusiones que a la vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.

PROCEDIMIENTO CIVIL

Su regulación viene recogida en Libro II, «De los procesos declarativos», Título I, «De las disposiciones comunes a los procesos declarativos», Capítulo VI, «De los medios de prueba y las presunciones», Sección V, «Del dictamen de los peritos», Art. 335 a 352 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Se establece como objeto de la pericia la necesidad de conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, casos en que las partes podrán aportar al proceso el dictamen de los peritos que posean los conocimientos correspondientes o solicitar, en los casos previstos en la ley, que se emita dictamen por perito designado judicialmente. Los peritos designados en todo caso deben prestar juramento al emitir su dictamen.

Efectivamente, la Ley de Enjuiciamiento Civil, acorde con el espíritu de tratarse de una parcela de derecho privado (el penal es público), establece que han de ser las partes las que con la demanda, o en la contestación a ésta, han de aportar los dictámenes periciales, que han de ser por escrito y acompañados de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la pericia. Se regula asimismo la posibilidad de anunciar la necesidad de dictamen si no pudieran aportarlo con la demanda y su aportación posterior y la posibilidad de solicitar la intervención de los peritos en el acto del juicio o vista.

No obstante, existe la posibilidad de designación del perito por el tribunal en los casos amparados por la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita, casos en que la parte titular de ese derecho no tendrá que aportar con la demanda o contestación el dictamen pericial, sino sólo anunciarlo.

También podrán solicitar demandante o demandado, aunque no se hallen en el apartado anterior, que se proceda a la designación del perito por el tribunal, en sus escritos iniciales, si entienden conveniente o necesario para sus intereses la emisión del informe pericial. En tal caso el tribunal procederá a la designación siempre que considere pertinente el dictamen pericial solicitado, y dicho dictamen irá a costa de quien lo haya pedido. Cuando ambas partes lo hubieran pedido inicialmente, el tribunal podrá designar, si aquéllas se muestran conformes, un único perito que emita el informe solicitado, en cuyo caso el abono de los honorarios corresponderá a ambas partes por igual.

Igualmente puede ser solicitada por las partes la designación del perito por el tribunal en juicio ordinario y en juicio verbal, conforme a lo dispuesto en esta misma ley para tales casos, y el tribunal lo acordará así siempre que

considere pertinente y útil el dictamen y ambas partes se muestren conformes en el objeto de la pericia y en aceptar el dictamen del perito que el tribunal nombre.

En los casos señalados anteriormente de designación del perito por el tribunal, si las partes además estuviesen de acuerdo en que el dictamen sea emitido por una determinada persona o entidad, así lo acordará el tribunal, y en caso contrario el perito será designado por el procedimiento establecido, que consiste en que la primera designación de cada lista, de las solicitadas en cada mes de enero de cada año a los colegios profesionales (o en su defecto entidades análogas), así como de las academias e instituciones culturales y científicas que se ocupen del estudio de materias correspondientes al objeto de la pericia, se efectuará por sorteo realizado en presencia del secretario judicial, y a partir de ella se harán las siguientes designaciones por orden correlativo.

En caso de tratarse de designaciones de peritos sin título oficial pero práctico o entendido en la materia, se utilizará el mismo procedimiento a través de listas de personas que cada año se solicitarán a sindicatos, asociaciones y entidades apropiadas, y que deberá estar integrada por, al menos, cinco personas, si bien en el caso de que no haya más que una entendida en la materia por la singularidad de la materia del dictamen, se la designará si las partes dan su consentimiento.

El tribunal sólo designará un perito titular por cada cuestión o conjunto de cuestiones que hayan de ser objeto de peritación, salvo que por la diversidad de su materia se requiera el parecer de expertos distintos.

Existe una tercera posibilidad, y es que el tribunal podrá, de oficio, designar perito cuando la peritación sea pertinente en procesos de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales.

Los peritos que el tribunal designe emitirán su dictamen por escrito y deberán presentarlo en el plazo fijado para ello por el tribunal; de dicho dictamen se dará traslado a las partes por si consideraran necesaria su asistencia a juicio o a la vista para aportar las aclaraciones o explicaciones que fueren oportunas, asistencia que en todo caso se podrá acordar mediante providencia, con el fin de comprender y valorar mejor el dictamen realizado.

Se establece que los peritos han de poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste; por lo tanto, han de ser titulares. Si se tratase de materias que no están comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en tales materias. Asimismo, se puede solicitar el dictamen de academias e instituciones culturales y científicas que se ocupen del estudio de las materias correspondientes al objeto de la peritación. También podrán emitir dictámenes sobre cuestiones específicas personas jurídicas legalmente habilitadas para ello. En estos casos, la institución a la que se encargue el dictamen expresará, a la mayor brevedad, qué personas se encargarán directamente de prepararlo, a las que se exigirá juramento o promesa.

Se regula igualmente el procedimiento para el llamamiento de los peritos designados, la aceptación del cargo por parte de éstos, el nombramiento y la provisión de fondos. Pueden ser objeto de recusación únicamente los peritos designados judicialmente y los no recusables, los designados directamente por las partes, pueden ser objeto de tacha por la parte contraria cuando concurran

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

determinadas circunstancias establecidas, tacha que puede ser sometida a negación o contradicción por la parte interesada e incluso puede ser objeto de sanción si no está fundamentada.

Se establece, por último, la posibilidad de actuación de los peritos en el juicio o en la vista, quienes tendrán la intervención que las partes soliciten, solicitudes que sólo denegará el tribunal cuando por su finalidad y contenido se consideren impertinentes o inútiles. El tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica.

En el caso particular de los médicos forenses, éstos sólo pueden actuar cuando el tribunal los designe como peritos de oficio; en los demás casos, ya sea como perito designado por la parte directamente o por designación judicial a propuesta de las partes, no puede actuar, y en este último caso, no debería ser designado por el tribunal, y llegado tal extremo no debe aceptar el cargo, según lo establecido en la Ley Orgánica del Poder Judicial, que dispone en su Art. 498.3: «en todo caso su función será incompatible: *a)* por lo que se refiere a los cuerpos especiales: intervención como particulares en los casos que pudieren tener relación con sus funciones». Según esto, deben abstenerse de intervenir como peritos a no ser que sean designados de oficio por el tribunal (sólo en los casos expresamente establecidos de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales)[1].

PROCEDIMIENTO LABORAL

Éste se regula según el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, y la prueba se regula por lo establecido en el Libro II (Del proceso ordinario y las modalidades procesales), Título I (Del proceso ordinario), Capítulo II (Del proceso ordinario), Sección III (Pruebas), Arts. 90 a 96. Concretamente sobre la prueba pericial establece:

«*Art. 93.*

1. En la práctica de la prueba pericial no serán de aplicación las reglas generales sobre insaculación de peritos.
2. El Órgano Judicial, de oficio o a petición de parte, podrá requerir la intervención de un médico forense, en los casos en que sea necesario su informe».

«*Art. 96.*

1. Podrá el Juez o Tribunal, si lo estima procedente, oír el dictamen de una o varias personas expertas en la cuestión objeto del pleito, en el momento del acto del juicio o, terminado éste, para mejor proveer.
2. Cuando en un proceso se discuta sobre la interpretación de un convenio colectivo, el órgano judicial podrá oír o recabar informe de la comisión paritaria del mismo.
3. Cuando en el proceso se haya suscitado una cuestión de discriminación por razón de sexo, el Juez o Tribunal podrá recabar el dictamen de los organismos públicos competentes.»

1. Expresamente se dedica un capítulo a la actuación de los Médicos Forenses en el Procedimiento Civil, al cual nos remitimos.

PROCEDIMIENTO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO

Queda regulado por la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, y la prueba, por lo establecido en el Libro II (Del proceso ordinario y las modalidades procesales), Título IV (Procedimiento contencioso-administrativo), Capítulo I (Procedimiento en primera o única instancia), Sección VI (Prueba), Arts. 60 y 61. Concretamente sobre la prueba pericial establece:

«*Art. 60.*

1. El Juez o Tribunal podrá acordar de oficio el recibimiento a prueba y disponer la práctica de cuantas estime pertinentes para la más acertada decisión del asunto.
2. Finalizado el período de prueba, y hasta que el pleito sea declarado concluso para sentencia, el órgano jurisdiccional podrá también acordar la práctica de cualquier diligencia de prueba que estimare necesaria.
3. Las partes tendrán intervención en las pruebas que se practiquen al amparo de lo previsto en los dos apartados anteriores.
4. Si el Juez o Tribunal hiciere uso de su facultad de acordar de oficio la práctica de una prueba, y las partes carecieran de oportunidad para alegar sobre ello en la vista o en el escrito de conclusiones, el resultado de la prueba se pondrá de manifiesto a las partes, las cuales podrán, en el plazo de tres días, alegar cuanto estimen conveniente acerca de su alcance e importancia.
5. El Juez podrá acordar de oficio, previa audiencia a las partes o bien a instancia de las mismas, la extensión de los efectos de las pruebas periciales a los procedimientos conexos. A los efectos de la aplicación de las normas sobre costas procesales en relación con el coste de estas pruebas, se entenderá que son partes todos los intervinientes en los procesos sobre los cuales se haya acordado la extensión de sus efectos, prorrateándose su coste entre los obligados en dichos procesos al pago de las costas».

PROCEDIMIENTO PENAL MILITAR

Queda regulado por la Ley Orgánica 2/1989, de 13 de abril, Procesal Militar, y la prueba pericial, por lo establecido en el Libro II (De los procedimientos militares ordinarios), Título II (Del sumario), Capítulo V (De la prueba pericial), Arts. 181-184:

«*Art. 181.* Siempre que para conocer, hacer constar o apreciar algún hecho o circunstancia de interés en la causa sean necesarios o convenientes conocimientos especiales o técnicos, se acordará el informe pericial, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 158 de esta Ley[2].

Este servicio se prestará preferentemente por peritos militares. En defecto de ellos se acudirá a los titulados que hubiere donde se siga la causa y, en último extremo, a persona que reúna conocimientos prácticos».

2. «Art. 158. En la diligencia de reconocimiento en delitos contra las personas con resultado de muerte o lesiones, el servicio médico forense será prestado por el Cuerpo de Médicos Forenses, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan, pudiendo hacerse el seguimiento de los heridos que tengan la condición de militar por el médico de su unidad.»

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

«*Art. 182.* El examen pericial se hará por un solo perito, a no ser que la complejidad de la materia sobre la que verse la pericia aconseje que se realice por dos, o cuando así lo acuerde el juez togado o lo soliciten las partes.»

«*Art. 183.* El perito médico procederá, previa autorización del juez togado o del tribunal militar ante quien actúe, al reconocimiento psíquico o somático de la persona de que se trate, que se someterá al reconocimiento médico siempre que no produzca peligro para la salud.

Si el perito médico solicitare el internamiento de la persona, podrá acordarse así oyendo al fiscal y demás partes personadas, en una institución hospitalaria o de asistencia, adecuada para ser sometida a examen y observación o para llevar a cabo el dictamen sobre su estado de salud mental.»

«*Art. 184.* Cuando el informe emitido por peritos no oficiales hubiere sido a instancia de parte, sus honorarios serán satisfechos por quien lo hubiere propuesto.»

MÉDICO FORENSE COMO PERITO

Aparte de este marco legal que establecen las leyes en los ámbitos penal, civil, laboral, contencioso-administrativo y militar para cualquier peritación –por lo tanto aplicable a la prueba pericial médica–, la realizada por los médicos forenses se enmarca también legalmente de forma expresa. Dicho marco legal que ampara o recoge la actuación de los médicos forenses queda establecido en:

LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL

Es la norma de máximo rango respecto a reglamentación orgánica en el Poder Judicial. Los médicos forenses quedan integrados en su Título V «De los cuerpos de funcionarios al servicio de la Administración de Justicia y de otro personal».

En este libro se establece una reglamentación genérica para dichos cuerpos al servicio de la Administración de Justicia, si bien posteriormente es desarrollada por el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia (R.D. 1451/2005, de 7 de diciembre) y los diferentes reglamentos orgánicos, en el caso de los médicos forenses, por los Reglamentos Orgánico del Cuerpo Nacional de los Médicos Forenses y de los Institutos de Medicina Legal.

Se divide en:

- Título I: Disposiciones generales
- Título II: De la oferta de empleo público, ingreso y promoción profesional.
- Título III: Adquisición y pérdida de la condición de funcionario
- Título IV: Derechos, deberes e incompatibilidades.
- Título V: Situaciones administrativas
- Título VI: Régimen retributivo
- Título VII: Ordenación de la actividad profesional.
- Título VIII: Provisión de puestos de trabajo y movilidad.
- Título IX: Responsabilidad disciplinaria.

Concretamente, con relación a los médicos forenses, en el Título I «Disposiciones generales», capítulo I «Del personal de los cuerpos de Médicos Forenses, de los facultativos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de gestión procesal y administrativa, de técnicos especialistas del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de tramitación procesal y administrativa y de auxilio judicial, de ayudantes de laboratorio y de otro personal al servicio de la Administración de Justicia», establece:

«*Art. 475.* Los cuerpos de funcionarios a que se refiere el artículo anterior se clasificarán en:

1. Cuerpos generales, cuando su cometido consista esencialmente en tareas de contenido procesal, sin perjuicio de la realización de funciones administrativas vinculadas a las anteriores. Son Cuerpos generales:
   - El Cuerpo de Gestión Procesal y Administrativa. La titulación exigida para el acceso a este Cuerpo es la de Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Arquitecto Técnico o equivalente.
   - El Cuerpo de Tramitación Procesal y Administrativa. Para el acceso a este Cuerpo se exigirá estar en posesión del título de Bachiller o equivalente.
   - El Cuerpo de Auxilio Judicial. Para cuyo ingreso se exigirá estar en posesión del título de graduado en E.S.O. o equivalente.
2. Cuerpos especiales, cuando su cometido suponga esencialmente el desempeño de funciones objeto de una profesión o titulación específica. Son Cuerpos especiales:
   - El Cuerpo de Médicos Forenses. Para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses se exige estar en posesión de la Licenciatura en Medicina.
   - El Cuerpo de Facultativos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Para el ingreso en este cuerpo se deberá ser licenciado en una carrera universitaria en Ciencias Experimentales y de la Salud, que se determinará en las correspondientes convocatorias, según la especialidad por la que se acceda al cuerpo.
   - El Cuerpo de Técnicos Especialistas del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Para el acceso a este Cuerpo se exigirá estar en posesión del título de Técnico Superior en Formación Profesional o equivalente de las familias profesionales que se determinen en las bases de las convocatorias de los procesos selectivos, de conformidad con el contenido de los puestos de trabajo que se oferten.
   - El Cuerpo de Ayudantes de Laboratorio del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Para el acceso a este cuerpo se exigirá estar en posesión del título de Técnico en Formación Profesional o equivalente de las familias profesionales que se determinen en las bases de las convocatorias de los procesos selectivos, de conformidad con el contenido de los puestos de trabajo que se oferten.»

«*Art. 479.*

1. Los médicos forenses son funcionarios de carrera que constituyen un Cuerpo Nacional de Titulados Superiores al servicio de la Administración de Justicia.
2. Son funciones de los médicos forenses la asistencia técnica a juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del Registro Civil en las materias de su

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

disciplina profesional, tanto en el campo de la patología forense y prácticas tanatológicas como en la asistencia o vigilancia facultativa de los detenidos, lesionados o enfermos que se hallaren bajo la jurisdicción de aquéllos, en los supuestos y en la forma que determinen las leyes. A estos efectos, emitirán informes y dictámenes médicos legales en el marco del proceso judicial, realizarán el control periódico de los lesionados y la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales. Igualmente, realizarán funciones de investigación y colaboración que deriven de su propia función. En el curso de las actuaciones procesales o de investigación de cualquier naturaleza incoadas por el ministerio fiscal, estarán a las órdenes de los jueces, magistrados, fiscales y encargados del Registro Civil, ejerciendo sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos.

3. Los médicos forenses estarán destinados en un Instituto de Medicina Legal o en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Excepcionalmente, y cuando las necesidades del servicio lo requieran, podrán ser adscritos a órganos jurisdiccionales, fiscalías u oficinas del Registro Civil.
4. Existirá un Instituto de Medicina Legal en las capitales de provincia en las que tenga su sede un Tribunal Superior de Justicia, así como en aquellas en las que tengan su sede Salas de los Tribunales Superiores de Justicia con jurisdicción en una o más provincias. No obstante, el Gobierno, a propuesta del Ministerio de Justicia, previa petición, en su caso, de una comunidad autónoma con competencia en la materia, podrá autorizar que dicha sede sea la de la capitalidad administrativa de la comunidad autónoma de que se trate, cuando sea distinta de la del Tribunal Superior de Justicia. Asimismo, el Gobierno podrá autorizar el establecimiento de Institutos de Medicina Legal en las restantes ciudades del ámbito territorial del Tribunal Superior de Justicia de que se trate, con el ámbito de actuación que se determine. Mediante Real Decreto, a propuesta del Ministro de Justicia y previo informe del Consejo General del Poder Judicial y de las comunidades autónomas que han recibido los traspasos de medios para el funcionamiento de la Administración de Justicia, se determinarán las normas generales de organización y funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal y de actuación de los médicos forenses, pudiendo el Ministerio de Justicia o el órgano competente de la comunidad autónoma dictar, en el ámbito de sus respectivas competencias, las disposiciones pertinentes para su desarrollo y aplicación.»

LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL (LECRIM)

Por lo que se refiere a los médicos forenses, podríamos agrupar su contenido de la siguiente forma:

– De la figura del médico forense y sus cometidos: se reproducen estos artículos por estar vigentes en la LECRIM y no expresamente derogados, si bien son vacíos de contenido en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica del Poder Judicial sobre los médicos forenses («De los

cuerpos de funcionarios al servicio de la Administración de Justicia y de otro personal»), el reglamento que la desarrolla («Reglamento de ingreso, provisión de puestos de trabajo y promoción profesional del personal funcionario al servicio de la Administración de Justicia», R.D. 1451/2005, de 7 de diciembre), reglamento orgánico específico («Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses», R.D. 296/1996, de 23 de febrero) y la nueva organización de la Medicina Forense en España a través de los Institutos de Medicina Legal («Reglamento de los Institutos de Medicina Legal», R.D. 386/1996, de 1 de marzo).

«*Art. 344.* Con el nombre de médico forense habrá en cada Juzgado de Instrucción un facultativo encargado de auxiliar a la Administración de Justicia en todos los casos y actuaciones en que sea necesaria o conveniente la intervención y servicios de su profesión en cualquier punto de la demarcación judicial.»

«*Art. 345.* El médico forense residirá en la capital del juzgado para que haya sido nombrado, y no podrá ausentarse de ella sin licencia del juez, del Presidente de la Audiencia de lo Criminal o del Ministro de Gracia y Justicia, según que sea por ocho días a lo más en el primer caso, veinte en el segundo y por el tiempo que el Ministro estime conveniente en el tercero.»

«*Art. 346.* En las ausencias, enfermedades y vacantes, sustituirá al médico forense otro profesor que desempeñe igual cargo en la misma población; si no lo hubiere, el que el juez designe, dando cuenta de ello al Presidente de la Audiencia de lo criminal (ver Art. 507 núm. 1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial). Lo mismo sucederá cuando por cualquier otro motivo no pudiere valerse el juez instructor del médico forense. Los que se negaren al cumplimiento de este deber o lo eludieren incurrirán en multa (…).»

«*Art. 347.* El médico forense está obligado a practicar todo acto o diligencia propios de su profesión e instituto, con el celo, esmero y prontitud que la naturaleza del caso exija y la Administración de Justicia requiera.»

«*Art. 348.* Cuando en algún caso, además de la intervención del médico forense, el juez estimase necesaria la cooperación de uno o más facultativos, hará el oportuno nombramiento.

Lo establecido en el párrafo anterior también tendrá lugar cuando por la gravedad del caso el médico forense crea necesaria la cooperación de uno o más coprofesores, y el juez lo estime oportuno.»

«*Art. 349.* Siempre que sea compatible con la buena administración de Justicia, el juez podrá conceder prudencialmente un término al médico forense para que preste sus declaraciones, evacue los informes y consultas y redacte otros documentos que sean necesarios, permitiéndole asimismo designar las horas que tenga por más oportunas para practicar las autopsias y exhumaciones de los cadáveres.»

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– De su intervención en caso de lesiones:

«*Art. 350.* En los casos de envenenamiento, heridas u otras lesiones cualesquiera, quedará el médico forense encargado de la asistencia facultativa del paciente, a no ser que éste o su familia prefieran la de uno o más profesores de su elección, en cuyo caso conservará aquél la inspección y vigilancia que le incumbe para llevar el correspondiente servicio médico-forense. El procesado tendrá derecho a designar un profesor que, con los nombrados por el juez instructor o el designado por la parte acusadora, intervenga en la asistencia del paciente.»

«*Art. 351.* Cuando el médico forense, o en su defecto el designado o designados por el juez instructor, no estuvieren conformes con el tratamiento o plan curativo empleado por los facultativos que el paciente o su familia hubiesen nombrado, darán parte a dicho juez instructor a los efectos que en justicia procedan. Lo mismo podrá hacer, en su caso, el facultativo designado por el procesado.

El juez instructor, cuando tal discordia resultare, designará mayor número de profesores para que manifiesten su parecer y, consignados todos los datos necesarios, se tendrán presentes para cuando en su día haya de fallarse la causa.»

«*Art. 355.* Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del juez instructor.»[3]

– De su intervención en el caso de lesiones en el Procedimiento del Enjuiciamiento rápido de determinados delitos («juicios rápidos»).

«*Art. 796.* (de la Policía Judicial): 1.1). Sin perjuicio de recabar los auxilios a que se refiere el ordinal 1 del artículo 770, solicitará del facultativo o del personal sanitario que atendiere al ofendido copia del informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial. Asimismo, solicitará la presencia del médico forense cuando la persona que tuviere que ser reconocida no pudiera desplazarse al Juzgado de Guardia dentro del plazo previsto en el artículo 799.»

«*Art. 797.* (diligencias urgentes ante el Juzgado de Guardia): 1.2.b) Ordenará (el juez), cuando resulte pertinente y proporcionado, que el médico forense, si no lo hubiese hecho con anterioridad, examine a las personas que hayan comparecido a presencia judicial y emita el correspondiente informe pericial.»

3. Este artículo se refiere a una actividad que no es exclusiva del médico forense pero que en la práctica ha quedado asumida por él, pues es quien generalmente se encarga de la vigilancia e inspección del lesionado, pero según la ley dicha misión puede ser encargada al facultativo médico que asistiere al lesionado.

– Del levantamiento del cadáver en diligencias previas, en el Procedimiento Abreviado:

«*Art. 778.6.* El juez podrá autorizar al médico forense que asista en su lugar al levantamiento del cadáver, adjuntándose en este caso a las actuaciones un informe que incorporará una descripción detallada de su estado, identidad y circunstancias, especialmente todas aquellas que tuviesen relación con el hecho punible.»

– De la práctica de autopsias:

«*Art. 343.* En los sumarios a que se refiere el artículo 340 (causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad), aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia por dos médicos forenses, o en su caso por los que el juez designe, los cuales, después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias.»[4]

«*Art. 778.4.* El juez podrá acordar que no se practique la autopsia cuando por el médico forense o quien haga sus veces se dictamine cumplidamente la causa y las circunstancias relevantes de la muerte sin necesidad de aquélla.»[5]

– De la práctica de análisis de sustancias o vestigios:

«*Art. 326.* Cuando se pusiera de manifiesto la existencia de huellas o vestigios cuyo análisis biológico pudiera contribuir al esclarecimiento del hecho investigado, el juez de instrucción adoptará u ordenará a la Policía Judicial o al médico forense que adopte las medidas necesarias para que la recogida, custodia y examen de aquellas muestras se verifique en condiciones que garanticen su autenticidad, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 282.»

4. La diligencia de autopsia, de ordinario encomendada a los médicos forenses (según lo establecido en el presente artículo, así como en el 346 del mismo texto y el 507.1. de la Ley Orgánica del Poder Judicial), puede ser ordenada a otro perito o peritos diferentes del médico forense, incluso a cualquier facultativo médico en caso de necesidad, si así lo estima el juez instructor. Con relación al número de peritos, según lo establecido en el Art. 459 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, «todo reconocimiento pericial se hará por dos peritos»; en este sentido, el Art. 343 dispone «(…) se procederá a la autopsia por los médicos forenses o, en su caso, por los que el juez designe (…)», pero tiene sus excepciones. Una, la que establece el propio Art. 459 en su párrafo segundo: «se exceptúa el caso de que no hubiere más de uno (perito) en el lugar y no fuere posible esperar la llegada de otro sin graves inconvenientes para el curso del sumario». Otra, lo dispuesto en el Art. 785-7, en diligencias previas con relación al procedimiento abreviado, cuando no se trate por tanto de los sumarios a que se refiere el Art. 340: «el informe pericial podrá ser prestado por un solo perito cuando el juez lo considere suficiente». Una última excepción la establece el Art. 348 que recoge que si el juez lo considera necesario, además del médico forense, podrá nombrar a uno o más peritos, lo cual también tendrá lugar cuando por la gravedad del caso el médico forense crea necesaria la cooperación de uno o más peritos y el juez lo estime así. En estos casos la intervención puede ser incluso de más de dos peritos.
5. En diligencias previas en el procedimiento abreviado, a diferencia de lo establecido en el Art. 343 y, por lo tanto, no en los sumarios a que se refiere el Art. 340, puede prescindirse de la autopsia si así lo acuerda el juez.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

«*Art. 356.* Las operaciones de análisis químico que exija la sustanciación de los procesos criminales se practicarán por Doctores en Medicina, en Farmacia, en Ciencias Fisicoquímicas, o por Ingenieros que se hayan dedicado a la especialidad química. Si no hubiere doctores en aquellas ciencias, podrán ser nombrados licenciados que tengan conocimientos y práctica suficientes para hacer dichas operaciones.»[6]

«*Art. 357.* Los indicados profesores prestarán este servicio en concepto de peritos titulares, y no podrán negarse a efectuarlo sin causa justa, siéndoles de aplicación en otro caso lo dispuesto en el párrafo segundo del Art. 346.» («Lo mismo sucederá cuando por cualquier otro motivo no pudiera valerse el juez instructor del médico forense. Los que se negaren al cumplimiento de este deber o lo eludieren incurrirán en multa de (…)».)

«*Art. 778.3.* (en el Procedimiento Abreviado, diligencias previas): El juez podrá acordar, cuando lo considere necesario, que por el médico forense u otro perito se proceda a la obtención de muestras o vestigios cuyo análisis pudiera facilitar la mejor calificación del hecho, acreditándose en las diligencias su remisión al laboratorio correspondiente, que enviará el resultado en el plazo que se le señale.»

– De la determinación de la edad del procesado:

«*Art. 375.* Para acreditar la edad del procesado, y comprobar la identidad de su persona, se traerá al sumario certificación de su inscripción de nacimiento en el Registro Civil o de su partida de nacimiento, si no estuviese inscrito en el Registro.

En todo caso, cuando no fuese posible averiguar el Registro Civil o parroquia en que deba constar el nacimiento o el bautismo del procesado, o no existiesen su inscripción y partida, y cuando, por manifestar el procesado haber nacido en punto lejano hubiere necesidad de emplear mucho tiempo en traer a la causa la certificación oportuna, no se detendrá el sumario, y se suplirá el documento del artículo anterior por informe que acerca de la edad del procesado, y previo su examen físico, dieren los médicos forenses o los nombrados por el juez.»

«*Art. 380.* Si el procesado fuera mayor de nueve años y menor de quince, el juez recibirá información acerca del criterio del mismo, y especialmente de su aptitud para apreciar la criminalidad del hecho que hubiese dado motivo a la causa.

En esta información serán oídas las personas que puedan deponer con acierto por sus circunstancias personales y por las relaciones que hayan tenido con el procesado antes y después de haberse ejecutado el hecho. En su defecto, se nombrarán dos profesores de instrucción primaria para que en unión del médico forense o del que haga sus veces examinen al procesado y emitan su dictamen.»

6. No se refiere concretamente al médico forense como perito médico, sino al facultativo que estime pertinente el juez y esté capacitado para ello.

– De los reconocimientos mentales:

«*Art. 381*. Si el juez advirtiere en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá a la observación de los médicos forenses en el establecimiento en que estuviese preso, o en otro público si fuere más a propósito o estuviese en libertad.

Los médicos darán en tal caso su informe del modo expresado en el capítulo VII de este título» (Art. 478).

REGLAMENTO ORGÁNICO DEL CUERPO NACIONAL DE MÉDICOS FORENSES (REAL DECRETO 296/1996, DE 23 DE FEBRERO)

Desarrolla, junto con el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia (R.D. 1451/2005, de 7 de diciembre, que deroga al Reglamento Orgánico en todo aquello que se oponga y/o sea dispar), lo dispuesto en la Ley Orgánica del Poder Judicial. Reproducimos los siguientes artículos con relación a la figura del médico forense y sus funciones:

Artículo 1. Naturaleza y dependencia orgánica:

1. Los médicos forenses constituyen un Cuerpo Nacional de titulados superiores al servicio de la Administración de Justicia, adscrito orgánicamente al Ministerio de Justicia e Interior. Dependerán de este ministerio o de las comunidades autónomas, en los términos establecidos en este Reglamento.
2. Los médicos forenses son funcionarios de carrera que desempeñan funciones de asistencia técnica a los juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del Registro Civil en las materias de su disciplina profesional, independientemente de su dependencia orgánica de los Institutos de Medicina Legal.
3. Los médicos forenses dependerán de los directores de los Institutos de Medicina Legal o de Toxicología en los que estén destinados. No obstante, en el curso de las actuaciones procesales o de investigación de cualquier naturaleza incoadas por el ministerio fiscal, en las que tomen parte como consecuencia de las funciones de asistencia técnica que les sean encomendadas a través del director del Instituto de Medicina Legal, estarán a las órdenes de los jueces, magistrados, fiscales y encargados del Registro Civil, ejerciendo sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos.

Artículo 2. Régimen estatutario:

El régimen estatutario de los médicos forenses será el establecido en la Ley Orgánica del Poder Judicial, en el presente Reglamento y en las disposiciones complementarias. En todo lo no previsto en dichas normas se aplicará, con carácter supletorio, lo dispuesto en la legislación general sobre la función pública.

Artículo 3. Funciones:

Los médicos forenses tendrán a su cargo las siguientes funciones:

a) La emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados a través de los Institutos de Medicina Legal por los juzgados, tribu-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

nales, fiscalías, oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia.

b) La realización de las investigaciones en el campo de la patología forense y de las prácticas tanatológicas que les sean requeridas a través de los Institutos de Medicina Legal por los juzgados, tribunales y fiscalías, y que se deriven necesariamente de su propia función en el marco del proceso judicial.

c) El control periódico de los lesionados y la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales, así como la asistencia o vigilancia facultativa a los detenidos que se encuentren a disposición judicial, y cuantas otras funciones establezca la legislación aplicable.

d) La asistencia técnica que les sea requerida a través de los Institutos de Medicina Legal por juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del Registro Civil y demás órganos de la Administración de Justicia del ámbito territorial en el que estén destinados, en las materias de su disciplina profesional y con sujeción a lo establecido en las leyes procesales.

e) La emisión de informes que les sean encomendados por el director del Departamento del Instituto de Toxicología en el que estén destinados, así como la atención a la demanda de información toxicológica.

f) La emisión de dictamen sobre la causa de la muerte, en los supuestos establecidos en el artículo 85 de la Ley de Registro Civil, de 8 de junio de 1957, redactado conforme a la Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre.

g) Cualesquiera otras funciones de colaboración e investigación, propias de su función, con el Ministerio de Justicia e Interior o, en su caso, con las comunidades autónomas que hayan recibido los traspasos de medios personales para el funcionamiento de la Administración de Justicia, así como con otros órganos de las Administraciones públicas, derivadas de convenios o acuerdos adoptados al efecto.

Artículo 32. Condición de autoridad y distintivos:

1. Los médicos forenses tendrán la consideración de autoridad cuando actúen en el ejercicio de su cargo y usarán como distintivo una medalla de plata con sujeción al diseño aprobado por el Ministerio de Justicia e Interior o, en su caso, por el órgano competente de la comunidad autónoma que haya recibido los traspasos de medios personales para el funcionamiento de la Administración de Justicia. Asimismo, le será expedido por el Ministerio de Justicia e Interior o, en su caso, por el órgano competente de la comunidad autónoma el documento de identificación correspondiente, que será devuelto cuando cese el funcionario.
2. Cuando los médicos forenses comparezcan a informar ante las autoridades judiciales, lo harán en estrados, con las consideraciones debidas al cargo y dándoseles las facilidades precisas para el ejercicio de sus funciones y la utilización de sus notas y piezas de convicción.

REGLAMENTO DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL (REAL DECRETO 386/1996, DE 1 DE MARZO)

Los Institutos de Medicina Legal son órganos técnicos que centralizan las funciones antes realizadas por los Institutos Anatómico Forenses y Clínicas Médico Forenses, mediante la realización de prácticas periciales médicas (clínicas,

tanatológicas y de laboratorio), además de la labor docente e investigadora también encomendada, y se constituyen como la nueva forma de organización y funcionamiento de la Medicina Forense en España.

Sobre este reglamento de carácter estatal, con base en lo dispuesto en la Ley Orgánica del Poder Judicial (Art. 479.4), se desarrollan los Reglamentos de los Institutos de Medicina Legal de toda España, unos dependientes del Ministerio de Justicia y otros de las comunidades autónomas con transferencias en materia de Justicia.

Con relación a su ámbito territorial, su configuración puede variar y existen dos tipos de Institutos de Medicina Legal: los de carácter regional y los provinciales. Así, por ejemplo, entre los de carácter regional se hallan el Instituto Vasco de Medicina Legal o el Instituto de Medicina Legal de Cataluña; entre los de carácter provincial, los Institutos de Medicina Legal de Almería, Cádiz, Córdoba, Jaén, Granada, Málaga, Huelva y Sevilla, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Andalucía, todos ellos independientes y adscritos a la Consejería de Gobernación y Justicia, si bien con la figura de un coordinador general, o los Institutos de Medicina Legal de Alicante, Castellón y Valencia, de igual forma independientes y todos ellos directamente adscritos a la Conselleria de Justícia i Administració Pública de la Generalitat Valenciana.

Destacamos del Reglamento sólo los artículos referidos a naturaleza, funciones y estructura básica de los Institutos de Medicina Legal, y se remite al lector para cualquier otra información al Reglamento Nacional (Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo) o a los reglamentos concretos de cada Instituto de Medicina Legal existentes:

Artículo 1. Naturaleza y funciones:

1. Los Institutos de Medicina Legal son órganos técnicos, cuya misión es auxiliar a los juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense. En la sede de los Institutos de Medicina Legal no podrá realizarse ninguna actividad tanatológica ni pericial privada.
2. En sus funciones técnicas tienen carácter independiente y emiten sus informes de acuerdo con las reglas de investigación científica que estimen adecuadas.

Artículo 8. Servicios de los Institutos de Medicina Legal:

1. Los Institutos de Medicina Legal dispondrán de Servicios de Patología y Clínica Médico-Forense. Además de los servicios señalados, el Ministerio de Justicia e Interior podrá establecer en cada instituto, a propuesta, en su caso, de la comunidad autónoma que haya recibido los traspasos de medios para el funcionamiento de la Administración de Justicia, un Servicio de Laboratorio Forense y aquellos otros que sean precisos para una adecuada asistencia a la Administración de Justicia.
2. En los Instituts de Medicina Legal cuyas dimensión y complejidad así lo requieran, podrán crearse secciones dentro de los correspondientes servicios.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

3. A los Servicios de Patología Forense les corresponde la investigación médico-legal en todos los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad que hayan ocurrido en la demarcación del instituto y sea ordenada por la autoridad judicial, así como la identificación de cadáveres y restos humanos. Asimismo, el director del Instituto de Medicina Legal interesará la colaboración del Instituto de Toxicología en aquellos supuestos que pudieran considerarse convenientes para los resultados de la investigación. Excepcionalmente, el director del instituto podrá autorizar que determinadas prácticas necrópsicas se puedan realizar en lugar distinto de los locales propios del instituto y de los habilitados con carácter general en el territorio de actuación del instituto, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 353 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
4. Los Servicios de Clínica Médico-Forense se encargarán de los peritajes médico-legales y, en particular, del control periódico de los lesionados y de la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales, así como de la asistencia o vigilancia facultativa a los detenidos en los términos establecidos en el artículo 3.c) del Reglamento orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses.
5. Los Servicios de Laboratorio Forense realizarán análisis biológicos, clínicos y de toxicología, sin perjuicio de las competencias del Instituto de Toxicología que en este sentido actuará como centro de referencia en materias de su especialidad. En estos servicios podrán ser destinados facultativos del Instituto de Toxicología, en los términos que se establezcan en la relación de puestos de trabajo de cada Instituto de Medicina Legal.
6. En la norma de creación de los Institutos de Medicina Legal se establecerá, en su caso, el ámbito territorial de actuación de los servicios y secciones de los institutos.
7. El Ministerio de Justicia e Interior podrá dictar instrucciones para determinar el ámbito respectivo de las actuaciones de los Institutos de Medicina Legal y del Instituto de Toxicología en las intervenciones concurrentes, previo informe, en su caso, de la comunidad autónoma afectada que haya recibido los traspasos de medios para el funcionamiento de la Administración de Justicia.

Artículo 10. Personal de los Institutos de Medicina Legal:

1. En los Institutos de Medicina Legal estarán destinados los funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Médicos Forenses. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.5 de este Reglamento, podrán estar destinados funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Facultativos del Instituto de Toxicología.
2. Como personal colaborador podrán prestar servicios diplomados universitarios en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios, Técnicos Especialistas y Auxiliares de Laboratorio.
3. Igualmente, en los institutos podrán existir los puestos de personal laboral que exijan las necesidades del servicio.

Peritación médica oficial y privada

5

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Procedimiento penal 63
Procedimiento civil 64

Es necesario conocer las diferencias entre lo que se denomina peritación médica oficial y peritación médica privada por diversos motivos, ya que ambos términos no quedan bien comprendidos por la mayoría de los peritos médicos y dicha confusión puede conducir incluso a la nulidad de la prueba. La importancia de dicho conocimiento y la diferenciación se basa en las siguientes razones:

- La oficialidad de la prueba exige su cumplimiento, ya que se trata de orden judicial. Un perito médico (cualquier perito) ha de saber que no puede negarse a una prueba pericial de oficio, pues ello supone una orden judicial. Al contrario, debe conocer que puede renunciar a una prueba pericial privada a petición de parte.
- Los médicos forenses en ocasiones, por desconocimiento, están realizando peritaciones en el ámbito civil que, aunque tengan la apariencia de oficiales por ser solicitadas por el juzgado, no dejan de tener el carácter de particulares, lo que conlleva una sobrecarga de trabajo, además de que puede ser ilegal.

El médico forense debe conocer que no puede realizar una pericial médica en el ámbito civil, pues posee carácter de particular (derecho privado) y las partes son las que proponen el objeto de prueba, aportan la peritación directamente en la demanda (o en la contestación de aquélla) o incluso solicitan al tribunal la designación de perito (designación judicial de perito a instancia de parte), y aunque los peritos sean nombrados por el juez o tribunal (todos los peritos lo son y han de prestar juramento) y esté revestida por una aparente oficialidad, la peritación es privada y no puede llevarla a cabo según lo dispuesto en la Ley Orgánica del Poder Judicial, que en su Art. 498.3 establece que «en todo caso su función será incompatible: *a)* por lo que se refiere a los cuerpos especiales: intervención como particulares en los casos que pudieren tener relación con sus funciones».

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

De igual forma debe conocer, también en el ámbito civil, que no puede renunciar a una peritación de oficio aunque ésta parezca que tiene carácter privado, pues es el juez quien ordena la prueba y designa al perito en los casos expresamente contemplados en la Ley (Art. 339.5 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil).

Esto también debe ser conocido necesariamente por los jueces y tribunales, para no realizar el nombramiento del médico forense a no ser en los casos necesarios y de oficio, para evitar por una parte la ilegalidad de la actuación de aquél en caso de que aceptara una prueba pericial privada por desconocimiento y, por otra, su necesaria renuncia mediante comparecencia con base en lo dispuesto en la Ley Orgánica del Poder Judicial, lo cual a su vez ralentiza el proceso civil en cuestión, pues se ha de nombrar a nuevos peritos.

Otro extremo de gran importancia es que la peritación de oficio (ordenada por el juez, ya sea a su instancia o de cualquiera de las partes) adquiere el carácter de prueba desde su inicio mientras la privada no, ya que ésta tiende a producir informes médico-legales a petición de las partes y a sus expensas, que sean aclaratorios de algún hecho científico relacionado con aquel procedimiento legal, y están destinados a ser presentados ante el juzgador en apoyo de los argumentos legales que sustenta la parte (defensora o acusadora), pero sin que asuman carácter de prueba. Sólo adquieren este carácter tras ser solicitada su presentación formal y, en presencia judicial y bajo juramento, los peritos médicos ratifican, modifican o amplían su informe, ya sea en el juzgado en fase previa a juicio oral o en este acto.

Según el profesor Gisbert Calabuig (2004 c), se denomina peritación médico-legal o prueba pericial médica todas las actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora a la Administración de Justicia sobre algún punto de naturaleza biológica o médica. Dicha definición puede ampliarse y ser matizada, y considerar que la peritación médico-legal o la prueba pericial médica son «todas aquellas actuaciones de un facultativo médico, capacitado legalmente para ello, en las que presta informe, ya sea oral o escrito, bajo declaración o no, con el objetivo de asesorar a la Administración de Justicia sobre alguna cuestión de naturaleza médica».

El objetivo es único, ya se trate de una peritación médica de oficio o privada. Su diferencia no se halla, pues, en el objetivo de la prueba pericial, sino en su origen, en su inicio, más concretamente en la persona o las personas que promueven la prueba y designan al perito o los peritos médicos que deben actuar. Un perito médico o la prueba pericial pueden ser ordenados por el juez a su propia iniciativa o a iniciativa de las partes, o pueden ser solicitados directamente por las partes a su iniciativa y expensas. Se puede establecer entonces que la peritación médica privada es aquella que aportan directamente las partes, y la peritación oficial es la que requiere u ordena de oficio la autoridad judicial, por iniciativa propia o a instancia de las partes.

Pero ha de conocerse bien lo que quiere decir que el juez la ordene o requiera de oficio, para evitar caer en la fácil definición que contiene lo definido (peritación oficial es la ordenada de oficio), para lo cual se pueden considerar las siguientes cuestiones:

– Que la oficialidad dependa de quien realiza la prueba pericial. Verdad es que si la realiza un perito oficial –como lo es el médico forense–, se

entenderá que es de oficio. Sin embargo, se vuelve a estar en ausencia del significado de ordenar de oficio, pues puede realizarla un perito no oficial y ordenarla de oficio el juez. De oficio puede ser llamado cualquier perito médico o médico legista diferente del médico forense y, siendo por orden judicial, es irrenunciable (Arts. 346, 343, 348, 351, 355, 356 y 357 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y Art. 507 de la Ley Orgánica del Poder Judicial).

– Que la oficialidad provenga de si el perito que la realiza exige honorarios o no, es el reverso de lo considerado en el punto anterior, lo cual no es cierto tampoco, pues cualquier perito médico no oficial (no médico forense) puede ser requerido de oficio para la práctica de una prueba pericial y puede reclamar los gastos u honorarios que se ocasionen, según lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Art. 485: «el juez facilitará a los peritos los medios materiales necesarios para practicar la diligencia que les encomiende, reclamándolos de la Administración pública, o dirigiendo a la autoridad correspondiente un aviso previo si existieren preparados para tal objeto, salvo lo dispuesto especialmente en el artículo 362»).
– Que la oficialidad dependa de quien solicita la prueba pericial, quien la promueve. Esto puede valer en parte, pero tampoco es acertado del todo, pues en el proceso penal el juez puede nombrar directamente a los peritos a su instancia o por solicitud de las partes, y la prueba se requiere de oficio.
– Que el perito médico sea designado y nombrado por el juez, en cuyo caso es de oficio y en caso contrario, actividad privada. En parte también es cierto, pero no es válido como único argumento, pues si bien es así en el ámbito penal y la prueba reviste carácter de oficio, no tiene tal carácter en el ámbito civil, en el cual también el tribunal puede designar y nombrar a los peritos a instancias de parte y sin embargo tienen la consideración de peritos particulares.

Todo lo anterior es válido en su conjunto, si bien ha de precisarse aún más la diferencia entre prueba ordenada de oficio por el juez y la prueba pericial privada, aportada directamente o promovida por las partes. La oficialidad de la prueba pericial depende de que sean o no el juez o el tribunal quienes tienen capacidad de decidir sobre la realización de la prueba, su objeto y la designación de los peritos actuantes. De esta forma, en la ley no viene definida la peritación oficial ni la peritación privada, pero el carácter de éstas se puede definir por lo establecido en ella para los procedimientos penal y civil.

PROCEDIMIENTO PENAL

Como ya se expuso en el capítulo anterior, la prueba pericial, del tipo o materia que sea, viene regulada por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, Arts. 465 al 485. Según las directrices que marca, cabe la posibilidad de las pruebas periciales de oficio y privada.

En el primer caso, la oficialidad depende de la potestad del juez para acordar el informe pericial cuando para conocer o apreciar alguna circunstancia o hecho importante en el sumario fueran necesarios conocimientos artísticos o científicos. En este caso la característica esencial es que el juez o el tribunal tienen potestad para decidir sobre el objeto de la prueba, que se realice o no, cómo se

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

ha de llevar a cabo y por qué peritos médicos y designarlos, ya sea todo ello por propia iniciativa o a propuesta de las partes.

A su vez, según la potestad que le confiere la ley, puede ordenar esta prueba a los médicos forenses o a otros peritos médicos de su elección. Es decir, tiene potestad para acceder a lo que solicitan las partes, denegarlo, aceptarlo en parte, aceptar sólo el objeto de la pericial pero no a los peritos, etc. Es el juez quien dirige la prueba pericial y determina sobre su conveniencia, aunque la solicitud o instancia provenga de una de las partes, las cuales a su vez podrán estar de acuerdo o no. Es, pues, un llamamiento con carácter oficial, se ordena o requiere, y por ello es irrenunciable, a no ser por las causas específicas de renuncia o revocación de peritos que marca la misma ley.

Pero cabe igualmente la posibilidad de que sean las partes las que designen a un perito médico y promuevan la realización de un informe pericial, que se realiza a sus expensas y por propia iniciativa, sin tener que pasar por la aprobación de la autoridad judicial. Es la prueba pericial privada, que inicialmente no tiene el carácter de prueba a efectos judiciales. Escogerán libremente al perito para que lleve a cabo el examen pericial que interese a la parte y emita informe correspondiente y después sea propuesto para el acto del juicio por la parte contratante, caso en que el informe pericial adquirirá el rango de prueba.

PROCEDIMIENTO CIVIL

La prueba pericial en materia civil se regula de forma diferente, e inicialmente no reviste carácter oficial, sino privado o particular. Está regulada por la Ley de Enjuiciamiento Civil, Arts. 335-352.

A diferencia de lo que ocurre en el penal, en el ámbito civil es la parte a quien interese la prueba la que ha de presentar el informe pericial, por escrito, en la presentación de la demanda (o en su contestación), y en caso de que no pueda presentarlo, dejar constancia de ello para su presentación posterior.

Existe la posibilidad de designación judicial del perito, es decir, por el tribunal, en los casos de Asistencia Jurídica Gratuita fijados por la ley o en caso de que así lo acuerden y soliciten las partes, designación que se lleva a cabo entre las listas de profesionales dispuestos a actuar como peritos que, en el mes de enero de cada año, ha de interesarse de los distintos colegios profesionales (o en su defecto, entidades análogas y academias, instituciones culturales y científicas).

En todo este proceso, el juez nunca posee potestad para designar a su instancia y directamente la prueba pericial y a los peritos. Sólo actúa arbitrando sobre lo que las partes interesan. La prueba pericial es, pues, de carácter privado, a instancia de las partes y promovida por éstas.

Pero cabe también la posibilidad de la prueba pericial de oficio, en la que la ley faculta al juez para que llame a un perito de su elección, decida sobre la conveniencia de la prueba, su objeto, su realización y qué perito interviene, y en consecuencia, la ordena. Son los casos considerados en la Ley de Enjuiciamiento Civil de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales. En este caso, es un llamamiento de oficio, por orden de la autoridad judicial, que es quien lo acuerda a su iniciativa y a sus expensas. Es una peritación oficial. A su vez, son los únicos casos en que los médicos forenses, como peritos oficiales, pueden actuar.

Informe médico-forense: diferencias con el informe pericial médico privado

6

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Aspectos formales 65
Estructura 69
Informe médico-forense 69
Preámbulo 69
Contenido 69
Fórmula final 70
Informe médico-legal 70
Preámbulo 70
Contenido 70
Fórmula final 70
Contenido 70

Se puede definir el informe médico-legal o médico-forense como el resultado final de la prueba pericial médica que se lleva a cabo, el cual puede ser expuesto oralmente o por escrito, en forma de declaración u otra. No cabe duda de que los informes prestados por los médicos forenses se encuadran de forma general dentro de lo que se denomina «el informe pericial médico», si bien con una serie de características concretas que lo diferencian del informe pericial emitido por otros peritos médicos.

Tales diferencias básicamente son formales y estructurales, pues el contenido suele ser el mismo, acorde con el objeto de la pericia.

ASPECTOS FORMALES

1. Los informes médico-forenses son requeridos siempre por una autoridad judicial, por lo que tienen carácter de oficio, a diferencia de los informes periciales privados, los cuales suelen ser solicitados de forma particular por una de las partes y se aportan en procedimiento.
2. Los informes forenses se prestan siempre en forma de declaración bajo juramento, ya sean verbales o escritos, a diferencia de los informes periciales médicos privados, que no se hacen en forma de declaración, si bien pueden convertirse en una cuando los peritos son llamados a ratificar su informe ante la autoridad judicial, ya sea en sede judicial o en el acto de juicio oral.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

3. A consecuencia de lo anterior, los informes emitidos por los médicos forenses adquieren siempre el rango de prueba desde su inicio, y no así los emitidos por los peritos médicos privados.

Con relación al primer punto, se han de tener en cuenta varios aspectos que los caracterizan. El médico forense actúa siempre de oficio y está nombrado de forma permanente para el cargo que desempeña, con la excepción de que cualquier facultativo puede ser nombrado en un momento dado por una autoridad judicial como médico forense o perito médico. De esta forma, el médico forense nunca podrá actuar voluntariamente a instancia de parte, sino que siempre ha de ser requerido por el juez, de oficio, si bien el informe puede ser instado o solicitado por una de las partes.

Con relación al segundo y el tercer punto, se ha de insistir en que su informe es siempre una declaración bajo juramento. Esto ha dado pie a afirmar que, por estar prestados bajo juramento, están dispensados de razonamiento científico antes de las conclusiones (Gisbert Calabuig, 2004), basándose en el hecho de que el juramento obliga a decir la verdad, afirmación de la que discrepamos. Un informe pericial nunca ha de ir exento de razonamiento científico cuando éste sea necesario, como en cualquier informe pericial médico. Es especialmente importante en informes de autopsia, psiquiátricos y sobre vitalidad de las lesiones. Y ello por las siguientes razones:

1. El médico forense es un perito médico oficial que informa, basándose en sus conocimientos, sobre determinados hechos de naturaleza médica que pueden plantear problemas a la autoridad judicial; su informe, declaración, se basa en un estudio realizado a priori sobre hechos observados para llegar a unas conclusiones; por lo tanto, como en todo estudio científico, ha de haber unos razonamientos o consideraciones entre lo que se expone, consecuencia de lo observado, y las conclusiones que se dan posteriormente. No difiere en ello en absoluto del informe pericial médico privado, pues comparten su objetivo, por lo que nunca debe obviarse el carácter científico de una pericial médica, ya sea realizada por un médico forense o por un perito médico a instancia de parte.
2. Durante la instrucción de la causa (penal), el juez instructor, que es quien requiere y recibe posteriormente el informe, debe conocer los razonamientos que motivan las conclusiones del médico forense, sobre las cuales puede tomar una u otra decisión. Así, por ejemplo, en el caso sobre supuestos enfermos mentales, muy difícil será transmitir al juez que el sujeto padece un trastorno mental que lo hace «inimputable» si el informe no va razonado, pues más que un estudio científico podrá considerase un juicio de valor, una convicción moral sin ningún grado de certeza, ante la cual además sólo cabe un «acto de fe» por parte de quien haya de valorarla (el juez). De igual manera, durante la instrucción, en la que por supuesto las partes pueden haber presentado otros informes médicos, la decisión del Ministerio Fiscal, que es el que ejerce la acusación pública, va a depender muy mucho de los informes médicos periciales aportados.
3. Como es bien sabido por todo médico forense, la frecuencia con que son requeridos posteriormente a juicio para ratificar o ampliar sus informes es cada vez mayor. Nunca en estos casos un médico forense que es llamado a

juicio para ampliar su informe tendrá una base sólida si el trabajo realizado no ha sido lo más científico posible, razonado, máxime si se tiene en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, desde la emisión del informe hasta la asistencia a juicio dista un largo lapso, lo que sumado a la innumerable cantidad de pericias que realiza un médico forense, y sobre las más diversas materias, hace sumamente difícil que en el acto del juicio el perito pueda razonar y ampliar su informe si con anterioridad no lo ha hecho. Considerando esto, se comprende que la falta de razonamiento de un informe posteriormente puede «arruinar» una prueba pericial forense en el acto del juicio oral, máxime si a él son llamados otros peritos con conclusiones diferentes.

4. En relación con lo anterior, todo perito médico, ya sea forense o no, llamado posteriormente para ratificar o ampliar su informe emitido lo hace en forma de declaración. Así, un perito médico que ha realizado un informe a instancia de parte de forma privada puede ser propuesto por una de las partes para ser nombrado después perito para el acto del juicio oral. En este acto, y bajo juramento, informará sobre cuantas preguntas se le realicen acerca de la peritación realizada. Se habrá de comprender no sólo la desventaja, sino también la falta de credibilidad que, ante dos peritaciones expuestas en el acto del juicio, una fuera previamente razonada y la realizada por el médico forense no, y que tuviera que razonarse en el acto del juicio en su integridad, ya que ambos se hallan bajo juramento y, por lo tanto, en igualdad de condiciones. Debe entenderse y partirse de la idea de que el valor de una peritación médico-forense es igual que el de cualquier otra realizada por otro facultativo y que no por ser médico forense se está siempre en posesión de la verdad.
5. Con relación al juramento que se presta, la razón de éste es descubrir la verdad, pero la verdad puede ser más o menos creíble, sin llegar a ser nunca mentira, pues la medicina no es una ciencia exacta, dependiendo de los razonamientos expuestos. Como ya dijimos, ha de diferenciarse entre el juramento prestado por un testigo y el prestado por un perito, situaciones que no han de confundirse. En el primer caso, el juramento prestado es para que los testigos se ajusten a la verdad sobre un hecho ocurrido y del cual pueden aportar información. Esto no admite consideración alguna, pues sólo se les exige que se ajusten a la verdad sobre lo sucedido, sobre lo visto u oído. Sin embargo, en el caso de los peritos, médicos en este caso, ya sean forenses o no, no se trata de decir la verdad sobre un hecho cierto del que se ha sido testigo, que también se incluye (p. ej., sobre el hecho de haber reconocido a un sujeto en un día y hora determinados, haber consultado tal documentación, haber entrevistado a tal o cual persona o familiares, etc.), sino la promesa o juramento de desempeñar fiel y firmemente el cargo para el que han sido nombrados con el objetivo de descubrir la verdad, de arrojar luz sobre aquello que se discute, en este caso del campo de la medicina. Bien es sabido que la verdad pericial es un término relativo, pues en materia médica se pueden llegar a conclusiones muy dispares, sin falsear la declaración, atendiendo a lo que el perito cree que es la verdad, y ésta sólo dependerá de sus conocimientos. Habida cuenta de lo anterior, el juramento prestado en la declaración nunca puede eximir de los

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

razonamientos científicos entre los hechos que se exponen y las conclusiones finales, pues efectivamente se solicita la verdad, pero según su juicio, ya que se trata de descubrir la verdad en materia científica, es decir, de acercarse al mayor grado de certeza posible; sobre lo que no habrá lugar a dudas, bajo juramento, es sobre la veracidad de los datos aportados o los reconocimientos efectuados.

6. Los informes o dictámenes periciales (se incluyen los ya presentados con anterioridad y que en el acto del juicio oral se ratifican, modifican o amplían, así como el informe oral sin previo informe escrito) representan una «prueba personal» y los jueces y tribunales valorarán la prueba pericial según las normas de la sana crítica sin estar obligados a sujetarse al dictamen de los peritos. En este sentido se pronuncia la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 8 de mayo de 1995), en la que una de las alegaciones presentadas en el recurso por la parte defensora era «error» en la apreciación de la prueba por parte del tribunal juzgador, en este caso una Audiencia Provincial: «La doctrina de esta sala (penal), reiterada y pacíficamente viene manteniendo que los «informes» o «dictámenes», como «norma general», no constituyen documento a efectos casacionales, representando una «prueba personal» –testimonio emitido con tal carácter por especialistas del ramo correspondiente de más o menos alta cualificación científica– a valorar por el Tribunal Provincial conforme a los artículos 741 de la Ley Procesal referida y 117.3 de la Constitución y, muy especialmente, por el artículo 632 de la ley adjetiva civil, según el cual «los Jueces y Tribunales apreciarán la prueba pericial según las reglas de la sana crítica sin estar obligados a sujetarse a los dictámenes de los peritos». Bajo dicha perspectiva jurisprudencial, dadas las diferentes conclusiones obtenidas por los peritos, resulta obvio que el juzgador a quo no ha desdeñado los referidos dictámenes, sino que, por el contrario, han sido objeto de apreciación y valoración por el mismo, según las facultades que le confieren la Carta Magna y la normativa procesal ordinaria, y conforme a ello ha dado mayor credibilidad y valor a la pericia forense que a la que los demás expertos rindieron en el acto del plenario (…)».

En definitiva, todos los peritos tienen el mismo valor ante el tribunal juzgador, todos se hallan bajo juramento, y todos van a informar al juez o tribunal según sus conocimientos en busca de la verdad pericial, lo que exige el razonamiento de los informes realizados.

Siempre se ha de tener en mente que el médico forense es un perito médico como otro cualquiera, que su juramento implica decir la verdad y descubrir la verdad (pericial) y que su cargo y su dedicación permanentes para la Administración de Justicia, si bien implican de antemano una cierta garantía de objetividad e imparcialidad, no le confieren la presunción de que siempre está en posesión de la verdad pericial, con el mayor grado de certeza, sino que ésta provendrá del razonamiento empleado en el estudio que se realiza de los hechos observados y que posteriormente converge en unas conclusiones, como todo estudio científico. Es por ello por lo que dichos razonamientos han de ir incluidos en su informe a fin de que quien lo reciba sea el que otorgue dicho grado de certeza al estudio realizado a tal fin por el perito.

Ir en contra de esto sería ir en perjuicio de la propia credibilidad del médico forense, de su capacidad científica para demostrar las conclusiones que finalmente afirma y, por ende, en contra de los derechos del sujeto ante la Justicia, ya que una de las bases en que se fundamentan estos derechos en el acto del juicio es la posibilidad de contradicción de la prueba (obligación en los casos de sumario, en que de oficio son requeridos dos médicos forenses, que podrán o no coincidir en sus conclusiones finales, pero dotarán a la prueba pericial de una mayor garantía con relación a su misión de descubrir la verdad).

ESTRUCTURA

Como ya se indicó, formalmente el informe prestado por el médico forense siempre es una declaración, ya que su cargo es juramentado (en la toma de posesión) de forma permanente, no así el prestado por el perito médico privado, que sí puede pasar a declaración y adquirir el rango de prueba tras prestar juramento del cargo ante la autoridad judicial. Esto hace que, si bien genéricamente comparten una estructura básica, dividida en tres apartados denominados «Preámbulo», «Cuerpo» y «Fórmula final», en su fórmula de redacción hallan sus diferencias.

INFORME MÉDICO-FORENSE

Preámbulo

En líneas generales éste puede ser el modelo a seguir:

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ……
Ref. IML……
INFORME MÉDICO-FORENSE.- En (ciudad), a (día) de (mes) de (año con letra). D./D.ª (nombre del perito forense o los peritos forenses), Médico/s Forense/s del Instituto de Medicina Legal de (nombre de la Sede), en virtud del juramento que tiene/en prestado manifiesta/n: que en cumplimiento de lo requerido por (autoridad judicial que requiere la pericial) a fin de/sobre (objeto de la pericia ordenada expuesto de forma literal), ha/n realizado las operaciones encaminadas a tal fin, llegando a los siguientes resultados:

Contenido

Variará en relación con el tipo de informe de que se trate, pero en líneas generales es igual que el informe prestado por un perito médico privado, ya que, tal como se ha planteado anteriormente, prestar su informe bajo juramento no debe excusar de la exposición detallada de todos los elementos con los que cuenta y su valoración, y puede ser el siguiente:

- Relación y descripción de los objetos acerca de los cuales debe emitirse informe.
- Operaciones practicadas.
- Consideraciones médico-forenses.
- Conclusiones.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Fórmula final

Da término al informe en forma de declaración, y puede ser la siguiente: «Lo que declara en cumplimiento de lo requerido».

INFORME MÉDICO-LEGAL

Preámbulo

INFORME MÉDICO PERICIAL.- D./D.ª (nombre del perito o los peritos), licenciado/a licenciados/as en Medicina y Cirugía y (especialidad o títulos aparte del de licenciado que posea), colegiado n.º…, con residencia en…, tiene/n el honor de emitir el siguiente informe médico-legal acerca de (objeto de la peritación), que me/nos ha sido ordenada/solicitada por (dependiendo de si es un particular quien la ha solicitado o es una autoridad judicial quien la ordena), acerca de: (reproducir literalmente el objeto de la peritación).

Contenido

- Relación y descripción de los objetos acerca de los cuales debe emitirse informe.
- Operaciones practicadas.
- Consideraciones médico-legales.
- Conclusiones.

Fórmula final

Generalmente se suele emplear la que se expone a continuación: «Lo cual es cuanto me cabe manifestar en cumplimiento de la misión encomendada, en (ciudad), a (día del mes) de (mes) de (año con letra)».

CONTENIDO

Como ya se ha indicado, el contenido del informe pericial médico puede ser de lo más variado, ya que puede variar dependiendo de aquello sobre lo que se ha ordenado o solicitado que se informe.

No importa tanto la estructuración formal del contenido, sino cómo debe exponerse y expresarse, y a modo de orientación se pueden considerar las siguientes recomendaciones:

- El informe debe tener siempre como cualidad la claridad y la sencillez para que pueda ser herramienta útil a quien lo ordena o lo solicita. Se ha de tener en cuenta que el profesional que lo realiza lo dirige a la autoridad que lo requiere o particular que lo solicita, que precisamente lo que pretende es que dicho profesional le explique y valore una serie de circunstancias, hechos o extremos propios de su profesión médica y de relevancia jurídica. Por lo tanto, no deben emplearse tecnicismos, sólo los precisos, y en tal caso explicándolos, y el estilo debe ser lo más claro, sencillo y conciso posible.

- Debe informarse expresamente de lo que se solicita u ordena, e incluso en ocasiones esto debe reflejarse en las conclusiones que pueden ir exponiéndose punto por punto sobre los extremos de lo requerido. No debe divagarse sobre otros extremos y sobre todo no debe informarse sobre aquello que no se ha requerido.
- No obstante, en ocasiones, por lo que se refiere a las peritaciones médico-forenses, lo requerido no puede realizarse, casos en que debe expresarse de esta manera en el informe, es decir, que el extremo solicitado no puede ser informado por tal o cual causa. Esto se debe unas veces a falta de precisión de quien ordena o solicita que se ordene, otras porque se solicita informe sobre materias no propias de un médico, sino de otros profesionales (psicólogos, por ejemplo), o porque es del todo imposible que sea informado lo ordenado, pues la ciencia actual no brinda tal oportunidad de conocimiento (típico caso de informar sobre la veracidad del testimonio de un adulto en plenas facultades mentales, extremo que si estuviera en manos de la ciencia médica habría sido la panacea para el orden jurídico pero, por suerte o por desgracia, no se cuenta con la «máquina de la verdad»). Una solución sencilla es que quien ordena o solicita el informe, en caso de duda, consulte antes con el perito médico (médico forense) sobre la factibilidad de tal peritación.
- En el informe han de detallarse todos los extremos sobre espacio y tiempo en que se ha llevado a cabo el reconocimiento del objeto de la pericia (hora, lugar, fecha en que ha tenido lugar el reconocimiento o la realización de la autopsia, etc.), la información complementaria que se reciba, cómo se la recibe (vía), las técnicas que se han empleado en el reconocimiento, así como los medios complementarios empleados (técnicas complementarias que han sido precisas, lugar, fecha y hora en que se han llevado a cabo, quiénes las han realizado, etc.). De forma general, se ha de ser lo más preciso posible en la exposición de los medios empleados en el reconocimiento del objeto de la peritación.
- Unido a lo anterior, toda la documentación derivada de todo lo empleado de forma complementaria al reconocimiento (pruebas médicas, análisis), máxime si se trata de pruebas solicitadas a otros profesionales a través de la autoridad judicial, ha de acompañar al informe emitido o quedar bien custodiado en el historial médico-forense.

Como se ha expuesto, el contenido y, por ende, el tipo de informe que se realice pueden variar sobremanera según qué se requiera al perito médico, por lo que el esquema inicial planteado anteriormente sólo debe ser una guía general. En este sentido, se puede afirmar que el objeto de la pericia y, por lo tanto, el contenido del informe prestado por el perito médico recaen sobre muy variadas y diferentes materias, unas de ellas más propias, de ordinario, de los médicos forenses, pero no exclusivas, que de forma general comprenden:

- Valoración del daño físico y psíquico en las personas, y sus secuelas en caso de que existieren, lo cual se lleva a cabo, en el caso de los médicos forenses, de forma diaria a través del reconocimiento, en los Servicios de Clínica Forense de los Institutos de Medicina Legal, de los lesionados de carácter judicial, con la obligación de emitir partes de estado hasta su

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

curación y, una vez alcanzada, emitir el correspondiente informe de sanidad (declaración de sanidad, formalmente) para informar al juez (valoración del daño corporal y psiquiatría forense).
- Reconocimiento de imputados a fin de informar sobre sus facultades intelectivas y volitivas en el momento de la acción (psiquiatría forense).
- Reconocimiento y asistencia a detenidos en las sedes judiciales, a fin de valorar e informar sobre lesiones sufridas, grado de intoxicación por sustancias estupefacientes o presencia de síndrome de abstinencia, presencia de posible enfermedad psíquica, etc. (valoración de daño corporal, psiquiatría forense).
- Reconocimientos ginecológicos o de otro orden y toma de muestras biológicas para estudios de ADN con la finalidad de identificar a autor/es en los presuntos delitos contra la libertad sexual (sexología forense).
- Valoración, a través de estudio documentado y declaraciones, de la actuación de profesionales médicos, a fin de determinar su corrección o incorrección, a efectos de posible responsabilidad penal, en los casos de denuncias médicas (Derecho médico).
- Realización de los levantamientos de cadáveres judiciales, en casos de muerte violenta y sospechosa de criminalidad (patología y criminalística forense).
- Realización de autopsias en los casos de muerte violenta y sospechosa de criminalidad, en los que es necesaria la intervención judicial (patología forense).
- Interpretación de resultados de las pruebas de laboratorio solicitadas por médicos forenses (a Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Servicios de laboratorio de IML u otras instituciones) sobre muestras cadavéricas o de sujeto vivo (toxicología, anatomía patológica y criminalística forenses).
- Reconocimiento de enfermos mentales en los servicios de salud mental hospitalarios o residencias asistidas como consecuencia de los ingresos psiquiátricos de carácter involuntario, en los que es preciso la intervención judicial, previa o posterior al ingreso, y los jueces solicitan nuestras funciones periciales (psiquiatría forense).
- Reconocimiento de presuntos discapaces dirigido a determinar si el sujeto es capaz de gobernar su persona y sus bienes (psiquiatría forense).
- Informes sobre alcoholemias detectadas a conductores, para determinar el grado de embriaguez del sujeto o la posible interacción del alcohol etílico con determinados fármacos u otras sustancias que alegan haber consumido simultáneamente (toxicología forense).
- Valoración integral de víctimas de violencia de género (valoración del daño y psiquiatría forense).

Con gran frecuencia los médicos forenses son llamados a juicio (Audiencias Provinciales, Juzgados de lo Penal, Juzgados de Primera Instancia, Juzgados de Instrucción) para ratificar o ampliar los informes emitidos con anterioridad o emitir informe oral sobre nuevas peritaciones ordenadas por los jueces o tribunales antes de juicio.

Intervención médico-forense en el procedimiento civil

7

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Médicos forenses como peritos 76
Médicos forenses como testigos 79
Médicos forenses como testigos-peritos 82
Conclusiones 82

Como se ha expuesto en el capítulo anterior, la actuación de los médicos forenses, independientemente de lo establecido en los diferentes textos legales, viene claramente regulada en la Ley Orgánica del Poder Judicial como norma de máximo rango. Dicha actuación siempre ha de quedar enmarcada en tres criterios obligatorios:

1. En el curso de las actuaciones procesales o de investigación de cualquier naturaleza incoadas por el ministerio fiscal, estarán a las órdenes de los jueces, magistrados, fiscales y encargados del Registro Civil, ejerciendo sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos (Art. 498 LOPJ).
2. Su función será incompatible con la intervención como particulares en los casos que pudieran tener relación con sus funciones (Art. 498 LOPJ).
3. De lo anterior se deduce que la prueba siempre ha de ser requerida de oficio.

Por lo que se refiere al procedimiento penal, poca duda cabe sobre su actuación en las pruebas requeridas de oficio, a instancia del juez, el tribunal o las partes, y la intervención siempre del ministerio fiscal. Igual cabe decir del procedimiento penal militar, ámbito en el que, si bien se establece que se realizará «preferentemente por peritos militares», también que «en defecto de ellos se acudirá a los titulados que hubiere donde se siga la causa», al margen de lo expresamente establecido en el Art. 158 en caso de autopsia, cuyo servicio será prestado de forma expresa por el Cuerpo de Médicos Forenses, por lo que poca duda cabe de la necesidad de auxilio ante cualquier requerimiento.

Mayor duda pueden plantear los órdenes jurisdiccionales laboral y contencioso-administrativo, en que las pruebas pueden ser siempre requeridas de oficio. En el procedimiento laboral se establece expresamente que «el órgano judicial, de oficio o a petición de parte, podrá requerir la intervención de un

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

médico forense, en los casos en que sea necesario su informe» (Art. 93). No obstante, consideramos que, independientemente del llamamiento de oficio, expreso en el ámbito laboral, para la actuación de los médicos forenses deben cumplirse los demás requisitos establecidos, de obligado cumplimiento, pues dimanan de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

No obstante, en estos casos y en el que a continuación exponemos en el ámbito civil, los médicos forenses no deben ser los que, revestidos de autoridad, desobedezcan el llamamiento precisamente de quien sí la tiene, el juez o tribunal que los requiere; lo único que debe hacerse es poner en conocimiento del juez o tribunal la circunstancia legal para que decida o no de la legalidad, competencia y/o pertinencia de su actuación y en todo caso solicitar desde los Institutos de Medicina Legal la consulta pertinente a órganos jurisdiccionales de gobierno, para que de esta forma se pueda proceder correctamente.

Sí es bastante más conflictivo el orden jurisdiccional civil, pues no es infrecuente que se solicite la intervención de los médicos forenses a fin de que ratifiquen o amplíen informes, generalmente sobre lesiones (informes de sanidad), previamente realizados a requerimiento de jueces de instrucción en el pleito penal del que se deriva el civil.

El problema se plantea por el hecho de que los médicos forenses no pueden actuar como peritos en el ámbito civil, a no ser que la pericial requerida lo sea de oficio y con intervención del ministerio fiscal, con lo que cada vez es más frecuente la práctica de la citación de médicos forenses como testigos, a fin no obstante de ratificar sus informes, o como testigos-peritos, nueva figura aparecida tras la última reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El hecho en sí de plantear esta cuestión no procede de que el colectivo de médicos forenses intente zafarse de su asistencia a juicio oral, pues al fin y al cabo es una de sus obligaciones que de ordinario cumplen, cuando son requeridos a fin de ampliar los informes realizados (que no a ratificarlos nada más, cuestión a veces suscitada, pues como declaraciones que son sus informes, bajo juramento, no deberían precisar ratificación). Pero no se trata de «querer o no querer», sino de «poder o no poder», según los límites establecidos en la Ley, y en tal extremo los médicos forenses deben conocer los límites de su actuación profesional a fin de evitar cualquier cuestión legal que se pueda derivar.

Con frecuencia se suele argumentar que sus informes conducen de una u otra forma el procedimiento penal, y de ello puede derivarse su archivo con reserva de las acciones civiles, si bien ha de tenerse en cuenta que un procedimiento civil, aunque derive de uno penal, es totalmente independiente (diferente jurisdicción, hasta el punto de que es un juez diferente cuando hay separación de civil y penal), y que su misión es ser peritos independientes, lo que incluye, entre otras cosas, emitir su informe con independencia del resultado.

Igualmente, suele argumentarse que de su ausencia de actuación podría derivarse una indefensión para una de las partes, si bien también ha de tenerse en cuenta el caso contrario, que de su actuación podría derivarse una indefensión para la otra parte, pues en civil siempre existen dos partes que contraponen y defienden sus intereses particulares. Al margen de esto, si la Ley confiere a las partes la posibilidad de designar y contratar peritos, no aceptar que ninguna de las partes pueda reclamar como suya una prueba pericial realizada de oficio en un procedimiento diferente (no debe ser de nadie) no debe plantear motivo de indefensión.

De antemano se han de exponer tres premisas:

1. Por lo general, un informe médico-forense, concretamente un informe de sanidad, es un informe de valoración de resultados (lesiones), no de hechos. Se valora un resultado sobre la base del/los reconocimiento/s del lesionado y de la documentación médica aportada, a juicio del médico forense que suscribe, según su leal saber y entender, lo que lo convierte en una prueba pericial. Otro tema es determinar la forma en que sucedieron los hechos, averiguar los hechos y las responsabilidades derivadas, para lo cual existen las partes y el juzgador. En ocasiones puede suceder que la forma en que ocurrieron los hechos pueda inferirse del informe médico forense de valoración de resultados (compatibilidad de las lesiones resultantes con la forma en que se indica que ocurrieron) o que el objetivo pericial encomendado sea sobre valoración de hechos propiamente dichos, pronunciarse sobre cómo pudieron ocurrir (informes sobre actuación profesional), valoración que se realiza en función de unos conocimientos profesionales, lo cual sigue siendo prueba pericial, nunca testifical.
2. Toda peritación que conlleve un reconocimiento lleva aparejado el testimonio del acto o actos realizados para llevarlo a cabo; es innegable que si el médico forense realiza un reconocimiento, se convierte en testigo de sus propios actos, y el informe pericial elaborado lleva implícito un testimonio sobre la veracidad del hecho del reconocimiento. No obstante, en el caso de los médicos forenses, la aceptación de su informe es la aceptación de su testimonio sobre el reconocimiento llevado a cabo, pues informan bajo juramento (declaración) y aquél en sí, como hecho sucedido, no ofrecerá controversia, a no ser que se sospeche un falso testimonio, que en caso de ser probado anularía de pleno su informe. Cosa diferente es la aceptación de los resultados del informe, de su contenido, los cuales, como todo informe pericial, son discutibles, pues los realizan de acuerdo con su leal saber y entender, de sus conocimientos profesionales (como perito, que no como testigo). Esto es lo que diferencia el juramento prestado por un testigo del prestado por un perito, figuras que suelen confundirse, ya que al testigo se le pide juramento «para que diga la verdad» en función del conocimiento de los hechos (ha de ceñirse a lo visto u oído), mientras que al perito se le requiere «para desempeñar fiel y firmemente su cargo con el objeto de descubrir la verdad» (la denominada verdad pericial, es decir, para obtener la mayor certeza posible en la prueba pericial) según sus conocimientos como profesional en una materia, lo que también incluye decir la verdad sobre la forma de llevar a cabo la peritación encomendada.
3. Así pues, el testimonio del médico forense, aparte de ser inherente a la peritación llevada cabo, posee límites bien definidos: sólo puede atenerse a los actos llevados a cabo durante el desarrollo de la misión encomendada y no debe pronunciarse sobre sus resultados, pues son de carácter pericial. En función de esto, en una declaración como testigo sobre un informe pericial, el médico forense sólo podrá pronunciarse sobre el hecho del reconocimiento llevado a cabo e incluso admitir que dicho informe fue realizado en tal fecha y que la firma que lo rubrica es la suya, pero nada puede decirse sobre el contenido de dicho

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

informe, pues es de tipo pericial; una cosa es reconocer el informe como propio (testigo de sus propios actos) y otra cosa es ratificarlo (perito). Es lógico pensar, pues, que el testimonio prestado en este sentido poco o nada aporta a la averiguación de unos hechos objeto de juicio; en todo caso sólo podría esclarecer el hecho del reconocimiento efectuado, pues es sobre lo que puede testificar.

Una vez realizadas las consideraciones anteriores, entraremos a exponer lo que establecen los diferentes textos legales a fin de aportar datos que aclaren su posible actuación en el ámbito civil.

MÉDICOS FORENSES COMO PERITOS

De sobra es conocido que el Derecho Civil es un derecho privado, en el que se reclama o demanda la defensa de un interés particular a instancia de parte o, dicho de otra forma, las partes son las que impulsan el proceso; si no existen partes que reclaman o demandan no existe proceso; por ello generalmente se denomina «demanda» a una reclamación en el ámbito civil.

En cambio, el Derecho Penal es un derecho «público», en defensa del interés público que afecta a las personas o cosas y cuya infracción viene recogida en el Código Penal en forma de hechos punibles como faltas o delitos. Así, cualquier ciudadano está obligado a denunciar un hecho presuntamente delictivo, diferenciándose entre la simple denuncia y la querella, cuando hay personación de la parte afectada. Y es en defensa de las garantías ciudadanas, de dicho interés público, por lo que interviene el Ministerio Fiscal, ministerio público, y la Ley concede en el procedimiento al instructor y juzgador la capacidad de actuar de oficio, lo que conlleva capacidad de decisión total, la capacidad de ordenar o requerir y la obligación en la orden o el requerimiento dictado. El llamamiento judicial es irrenunciable para cualquier ciudadano, en defensa de los intereses públicos que, a través del daño a las personas o las cosas, presumiblemente se han vulnerado y han de juzgarse para determinar si son constitutivos de delito o no, para lo cual existe un instructor y un juzgador y se insta el procedimiento por el ministerio fiscal. Así pues, el requerimiento de peritos por el tribunal (cualesquiera que sean) es de oficio y el llamamiento es irrenunciable.

Nuestra Ley Orgánica del Poder Judicial, como norma de máximo rango, no regula el procedimiento en ninguna de las jurisdicciones, sino que éstos están regulados expresamente en sus respectivas leyes o normativas (Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley de Procedimiento Laboral, etc.), si bien sí establece los principios básicos de la Justicia en España, que normas reguladoras de los procedimientos judiciales no pueden contradecir o, lo que es lo mismo, éstas han de supeditarse a la norma genérica. Entre los principios básicos se regula reglamentariamente a los diferentes profesionales que actúan desde el ámbito de la Justicia; a saber, los jueces y magistrados, fiscales, secretarios judiciales y los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, divididos en cuerpos generales (Gestión Procesal y Administrativa, Tramitación Procesal y Administrativa y Auxilio Judicial) y cuerpos especiales (Médicos Forenses y Facultativos, Técnicos Especialistas y Ayudantes de Laboratorio del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses). Y lo hace

de forma genérica, como norma máxima, pues viene desarrollada específicamente para los diferentes cuerpos por sus respectivos reglamentos.

Dicha Ley, para el caso de los médicos forenses, establece:

> *Art. 479.2.* Relativo a sus funciones, en su párrafo tercero: «En el curso de las actuaciones procesales o de investigación de cualquier naturaleza incoadas por el ministerio fiscal, estarán a las órdenes de jueces, magistrados, fiscales y encargados del Registro Civil, ejerciendo sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos».
>
> *Art. 498.* 1, 2 (incompatibilidades genéricas de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia) y 3 (específicas de los cuerpos especiales y generales): «en todo caso, su función será incompatible con *a)* por lo que se refiere a los cuerpos especiales: la intervención como particulares en los casos que pudieran tener relación con sus funciones» (y otras más).

A su vez, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, sobre el dictamen de los peritos, en sus artículos 335 a 352, establece:

- Objetivo de la prueba pericial: «la necesidad de conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, casos en los que las partes podrán aportar al proceso el dictamen de los peritos que posean los conocimientos correspondientes, o solicitar, en los casos previstos en la ley, que se emita dictamen por perito designado judicialmente. Los peritos designados en todo caso deben prestar juramento al emitir su dictamen».
- Son las partes las que con la demanda, o en la contestación a ésta, han de aportar los dictámenes periciales, que han de ser por escrito y acompañados de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la peritación. Se regula asimismo la posibilidad de anunciar la necesidad de dictamen si no pudieran aportarlo con la demanda y su aportación posterior, y la posibilidad de solicitar la intervención de los peritos en el acto del juicio o vista.
- Existe la posibilidad de designación del perito por el tribunal en los casos amparados por la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita, casos en que la parte titular de ese derecho no tendrá que aportar con la demanda o contestación el dictamen pericial, sino sólo anunciarlo. También podrán solicitar demandante o demandado, aunque no se hallen en el apartado anterior, que se proceda a la designación del perito por el tribunal, en sus escritos iniciales, si entienden conveniente o necesario para sus intereses la emisión del informe pericial. En tal caso el tribunal procederá a la designación siempre que considere pertinente el dictamen pericial solicitado, y dicho dictamen irá a costa de quien lo haya pedido. Cuando ambas partes lo hubieran pedido inicialmente, el tribunal podrá designar, si aquéllas se muestran conformes, un único perito que emita el informe solicitado, en cuyo caso el abono de los honorarios corresponderá a ambas partes por igual. De igual forma, puede ser solicitada por las partes la

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

designación del perito por el tribunal en juicio ordinario y en juicio verbal, conforme a lo dispuesto en esta misma ley para ellos, y el tribunal lo acordará así siempre que considere pertinente y útil el dictamen, y ambas partes se muestren conformes en el objeto de la pericia y en aceptar el dictamen del perito que el tribunal nombre. En estos casos, si las partes estuviesen además de acuerdo en que el dictamen sea emitido por una determinada persona o entidad, así lo acordará el tribunal, y en caso contrario el perito será designado por el procedimiento establecido, que consiste en que la primera designación de cada lista, de las solicitadas en cada mes de enero de cada año a los colegios profesionales (o, en su defecto, de entidades análogas), así como de las academias e instituciones culturales y científicas que se ocupen del estudio de materias correspondientes al objeto de la pericia, se efectuará por sorteo realizado en presencia del secretario judicial, y a partir de ella se efectuarán las siguientes designaciones por orden correlativo. En caso de tratarse de designaciones de peritos sin título oficial, pero práctico o entendido en la materia, se utilizará el mismo procedimiento a través de listas de personas que cada año se solicitarán a sindicatos, asociaciones y entidades apropiadas, y que deberá estar integrada por al menos cinco personas, si bien en el caso de no haber más que una persona entendida por la singularidad de la materia del dictamen, se la designará si las partes dan su consentimiento. El tribunal sólo designará a un perito titular por cada cuestión o conjunto de cuestiones que hayan de ser objeto de pericia, salvo que por la diversidad de su materia se requiera el parecer de expertos distintos.

– Existe una tercera posibilidad, y es que el tribunal podrá, de oficio, designar perito cuando la peritación sea pertinente en procesos de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales.
– Los peritos que el tribunal designe emitirán su dictamen por escrito, y deberán presentarlo en el plazo fijado para ello por el tribunal; de dicho dictamen se da traslado a las partes por si consideran necesaria su asistencia a juicio o a la vista para aportar las aclaraciones o explicaciones que sean oportunas, asistencia que en todo caso podrá acordar mediante providencia, con el fin de comprender y valorar mejor el dictamen realizado.
– Se establece que los peritos han de poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste; luego han de ser titulares. Si se tratase de materias que no están comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en aquellas materias. Se puede solicitar asimismo el dictamen de academias e instituciones culturales y científicas que se ocupen del estudio de las materias correspondientes al objeto de la pericia. También podrán emitir dictámenes sobre cuestiones específicas personas jurídicas legalmente habilitadas para ello. En estos casos la institución a la que se encargue el dictamen expresará, a la mayor brevedad, qué personas se encargarán directamente de prepararlo, a las que se exigirá juramento o promesa.
– Se regula igualmente el procedimiento para el llamamiento de los peritos designados, la aceptación del cargo por parte de éstos, el nombramiento y la provisión de fondos. Pueden ser objeto de recusación únicamente los

peritos designados judicialmente, y los no recusables, los designados directamente por las partes, pueden ser objeto de tacha por la parte contraria cuando concurran determinadas circunstancias establecidas, tacha que puede ser sometida a negación o contradicción por la parte interesada e incluso puede ser objeto de sanción si no está fundamentada.

– Se establece, por último, la posibilidad de actuación de los peritos en el juicio o en la vista, que tendrán la intervención que las partes soliciten, solicitudes que denegará el tribunal sólo cuando por su finalidad y contenido se consideren impertinentes o inútiles. El tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica.

En función de todo lo expuesto:

1. Por defecto, y según lo establecido en nuestro ordenamiento jurídico, toda designación de peritos que no lo sea de oficio (ordenado y, por lo tanto, obligado) lo es de parte, que como se ha expuesto no es expresamente un llamamiento irrenunciable, sino una designación de peritos, y cargo que se acepta de forma voluntaria.
2. La designación o propuesta de peritos por las partes en el procedimiento civil, la aceptación del cargo y su nombramiento los convierten en peritos de parte o «particulares», lo que no ha de confundirse con su parcialidad, que en principio se presupone, pues al aceptar un cargo juran cumplir fielmente la misión encomendada.
3. La intervención de los médicos forenses sólo es posible de oficio en procedimientos instados por el Ministerio Fiscal ya sea en la jurisdicción penal o civil. Si no hay intervención del Ministerio Fiscal, no puede ser reclamado el médico forense. En consecuencia, no pueden intervenir como peritos designados por las partes en el procedimiento civil según su propia regulación. Exclusivamente podrá ser requerido en los casos de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales.

MÉDICOS FORENSES COMO TESTIGOS

En este caso no es tan discutible la legalidad de su actuación (se debe entender que los testigos, aun propuestos por las partes, no son particulares, ya que deben ajustarse a su conocimiento como testigos, no a su leal saber y entender; o se es testigo sobre algo de lo que se tiene conocimiento por haberlo visto u oído o no se es), sino la pertinencia de su nombramiento. En todo caso, no deben ser propuestos como testigos con miras a ratificar un informe previamente realizado en penal como perito (médico forense), práctica a veces llevada a cabo por los profesionales del Derecho.

La limitación establecida en la LOPJ, Art. 498.3 a), «la intervención como particulares en los casos que pudieran tener relación con sus funciones», se podría interpretar (sólo decimos que se podría, pues el texto legal no establece diferencia) como limitación para su intervención sólo como peritos y no como testigos, ya que su función según la misma LOPJ es la de «asistencia

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

técnica a los juzgados, tribunales y fiscalías en las materias de su disciplina», función a todas luces de carácter pericial, que no testifical (no existe función testifical).

Pero es precisamente por el carácter propio de su función por lo que su citación como testigo no es apropiada ni pertinente, sino incluso irregular, ya que el posible testimonio que pueda aportarse, como ya antes dijimos, es consecuencia de la peritación llevada a cabo en un procedimiento penal anterior y ordenada de oficio, y por lo tanto inherente a ella, lo que conlleva considerarla como materia pericial, aunque se quiera revestirla de la formalidad de una testifical. Quizá por ello la LOPJ no establece limitación ni diferencia alguna entre testifical y pericial, y sólo se limita a establecer la imposibilidad de «intervenir como particulares».

Por lo que se refiere a la Ley de Enjuiciamiento Civil, ésta establece respecto de los testigos:

Art. 360. Sobre el «contenido de la prueba testifical», establece que «las partes podrán solicitar que declaren como testigos las personas que tengan noticia de hechos controvertidos relativos a lo que sea objeto del juicio». Como ya se expuso antes, el médico forense no es testigo de hechos que puedan ser controvertidos objeto de juicio, sino de la veracidad de los actos del reconocimiento llevado a cabo y emisión de su informe, hecho que a su vez tampoco debe ser objeto de controversia, a no ser que se sospeche y pruebe falso testimonio del médico forense sobre los actos llevados a cabo para informar sobre la peritación encomendada. Cosa diferente es que los resultados puedan ser objeto de controversia, que de ellos se pueda inferir sobre los hechos o que el objeto del informe sea valorar los hechos, si bien es materia correspondiente a una prueba pericial (Arts. 335-352), que no testifical (Arts. 360-381).

Art. 368, sobre el contenido y admisibilidad de las preguntas que se formulen al testigo:

«1. Las preguntas que se planteen al testigo deberán formularse oralmente, en sentido afirmativo, y con la debida claridad y precisión. No habrán de incluir valoraciones ni calificaciones, y si éstas se incorporaran, se tendrán por no realizadas.

2. El tribunal decidirá sobre las preguntas planteadas en el mismo acto del interrogatorio, admitiendo las que puedan resultar conducentes a la averiguación de hechos y circunstancias controvertidos, que guarden relación con el objeto del juicio. No se admitirán las preguntas que no se refieran a los conocimientos propios de un testigo según el artículo 360. 3. Si pese a no haber sido admitida se respondiese una pregunta, la respuesta no constará en acta».

Art. 373, de la valoración de las declaraciones de testigos: «Los tribunales valorarán la fuerza probatoria de las declaraciones de los testigos conforme a las reglas de la sana crítica (…)», de lo que se deduce que el objetivo de una prueba testifical es establecer la veracidad de los hechos, probar su existencia y la forma de suceder (hechos probados) a través de las personas que tuvieren conocimiento.

Art. 380, en relación con el «Interrogatorio acerca de los hechos que consten en informes escritos»:

«1. Si, conforme al número 4 del apartado 1 del artículo 265, o en otro momento ulterior, al amparo del apartado tercero del mismo precepto, se hubiesen aportado a los autos informes sobre hechos y éstos no hubiesen sido reconocidos como ciertos por todas las partes a quienes pudieren perjudicar, se interrogará como testigos a los autores de los informes, en la forma prevenida en esta Ley, con las siguientes reglas especiales:
   - No procederá la tacha del testigo por razón de interés en el asunto, cuando el informe hubiese sido elaborado por encargo de una de las partes.
   - El autor del informe, una vez acreditada su habilitación profesional, habrá de reconocerlo y ratificarse en su contenido, antes de que se le formulen las preguntas pertinentes.
   - El interrogatorio se limitará a los hechos consignados en los informes.

2. Si los informes contuvieren también valoraciones fundadas en conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos de sus autores, se estará a lo dispuesto en el apartado 4 del artículo 370, sobre el testigo-perito».

Sobre lo que ha de considerarse:

- El informe médico-forense presente en autos no puede entenderse como informe aportado a los autos conforme al n.º 4 del apartado 1 del Art. 265, que se refiere a los documentos y otros escritos y objetos relativos al fondo del asunto que habrán de acompañarse a toda demanda, de los que concretamente el punto 4.º se refiere a «los dictámenes periciales en que las partes apoyen sus pretensiones, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 337 (anuncio de dictámenes cuando no se puedan aportar con la demanda o con la contestación) y 339 (solicitud de designación de peritos por el tribunal y resolución judicial de dicha solicitud) de esta Ley», los que según el Art. 336 se entienden como «los dictámenes de que los litigantes dispongan, elaborados por peritos por ellos designados, y que estimen necesarios o convenientes para la defensa de sus derechos, habrán de aportarlos con la demanda o con la contestación, si ésta hubiere de realizarse en forma escrita, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 337 de la presente Ley».
- Se refiere además a informes sobre hechos que no hubiesen sido reconocidos como ciertos por todas las partes a quienes pudieren perjudicar, y el informe del médico forense no es sobre hechos ocurridos de los que pueda ser testigo.
- En tal caso, a su vez «se interrogará como testigos a los autores de los informes, en la forma prevenida en esta Ley (…) acerca de los hechos que consten en informes escritos (…). El autor del informe, una vez acreditada su habilitación profesional, habrá de reconocerlo y ratificarse en su contenido (se entiende que al contenido del informe referente a los hechos), antes de que se le formulen las preguntas pertinentes (…). El interrogatorio se limitará a los hechos consignados en los informes».

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

MÉDICOS FORENSES COMO TESTIGOS-PERITOS

Art. 380 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, «Interrogatorio acerca de los hechos que consten en informes escritos», apartado 2: «Si los informes contuvieren también valoraciones fundadas en conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos de sus autores, se estará a lo dispuesto en el apartado 4 del artículo 370, sobre el testigo-perito».

Art. 370 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sobre «El examen del testigo sobre las preguntas admitidas. Testigo perito», establece en su apartado 4: «Cuando el testigo posea conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos sobre la materia a que se refieran los hechos del interrogatorio, el tribunal admitirá las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos. En cuanto a dichas manifestaciones, las partes podrán hacer notar al tribunal la concurrencia de cualquiera de las circunstancias de tacha relacionadas en el artículo 343 de esta Ley».

Según lo establecido, el poder ser testigo-perito no es lo mismo que pretender que se sea perito-testigo. Para ser testigo-perito, en primer lugar se tiene que ser testigo de los hechos y, en segundo lugar, su examen por las partes ha de ser como testigo, y la peritación se refiere a las manifestaciones que voluntariamente aquél pueda agregar a sus respuestas sobre los hechos según los conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos que sobre la materia a que se refieren los hechos pueda tener; en absoluto tiene nada que ver su examen como perito. Dígase, por ejemplo, del caso de un médico que atiende a un lesionado y es llamado a sala como testigo; puede ser testigo-perito si a su testimonio voluntariamente añade manifestaciones basadas en sus conocimientos como médico.

Se trata, pues, de una prueba testifical a la que se puede unir un carácter pericial a voluntad del testigo, según éste aporte a su testimonio sus conocimientos como profesional o entendido en una materia si guarda relación con los hechos, y no una prueba pericial, regulada de forma expresa en la Ley de Enjuiciamiento Civil en capítulo aparte (Arts. 335 al 352).

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto podemos extraer las siguientes conclusiones respecto a la actuación de los médicos forenses en el ámbito civil:

1. En función de lo establecido en los artículos 479.3 y 498.3.a) de la LOPJ, los médicos forenses sólo pueden actuar como peritos en los casos en que sean requeridos de oficio con intervención del Ministerio Fiscal (en procesos de declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales –Art. 339.5 de la Ley de Enjuiciamiento Civil–).
2. Su citación como testigos no se considera pertinente, por tratarse de un testimonio inherente a la peritación previamente realizada de oficio, y asimismo es infructuoso, dado que la información aportada como testigo poco o nada puede aducir con relación a la averiguación de hechos controvertidos relativos a lo que sea objeto del juicio.

3. La consideración de testigo-perito a que se refiere el Art. 370 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no se refiere al examen del testigo, sino a las manifestaciones que éste pueda agregar a sus respuestas sobre los hechos (conocimiento como testigo) basándose en conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos que pueda poseer relacionados con aquéllos, por lo que no debe citarse al médico forense de testigo-perito como supletorio de una peritación.
4. En todo caso, ya sea como testigos o testigos-peritos, las preguntas que se planteen no pueden incluir valoraciones ni calificaciones, y se debe admitir sólo las que puedan resultar conducentes a la averiguación de hechos y circunstancias controvertidos, que guarden relación con el objeto del juicio y que se refieran a sus conocimientos propios como testigo, y no como profesional (perito).
5. No se puede basar la petición de las partes de citación como testigo al médico forense en la existencia de un informe suyo en autos, según lo establecido en el Art. 380 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, pues dichos informes no deben entrar en la consideración de los dictámenes de que los litigantes dispongan, elaborados por peritos por ellos designados que estimen necesarios o convenientes para la defensa de sus derechos. Y en caso de que se los admitiere así, no son informes sobre hechos que no hubiesen sido reconocidos como ciertos por todas las partes a quienes pudieren perjudicar, a no ser que se sospeche o pruebe falsedad en el testimonio que presta el médico forense, inherente a su informe pericial realizado bajo juramento. Y en todo caso se interrogará como testigos a los autores de los informes, en la forma prevenida en esta Ley, acerca de los hechos que consten en informes escritos y el interrogatorio se limitará a los hechos consignados en los informes, y el médico forense se debe limitar a contestar sobre los hechos sucedidos durante el desarrollo de la peritación realizada y no sobre su contenido y abstenerse de realizar valoraciones fundadas en conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos que posea, pues pertenecen a su condición de médico forense funcionario de la Administración de Justicia, que por Ley deben abstenerse de intervenir como particulares en los casos que pudieren tener relación con sus funciones.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psiquiatría forense y psiquiatría clínica

8

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Psiquiatría forense: concepto y objetivos 89
Evolución histórica 91
Evolución de la psiquiatría forense desde el concepto de enfermedad mental 91
Evolución de la psiquiatría forense desde el concepto de delito 93
Psiquiatría forense y psiquiatría clínica 94

PSIQUIATRÍA FORENSE: CONCEPTO Y OBJETIVOS

La psiquiatría forense es la psiquiatría en función de la Justicia, y su objeto de estudio es el hombre enfermo de la mente, ya sea violador de la normativa jurídica, ya esté necesitado de protección jurídica (Marcó Ribé J. et al., 1990). Basándonos en la definición de medicina legal que establece Gisbert Calabuig (2004), puede definirse como el conjunto de conocimientos médico-psiquiátricos precisos para la resolución de los problemas que plantea el Derecho tanto en el desarrollo y el perfeccionamiento de éste como en la aplicación práctica y justa de las leyes.

Si bien su objetivo, recogido en su propia definición, de resolver todas las situaciones en que la salud o enfermedad mental puedan plantear un problema al Derecho es independiente de su ámbito de aplicación, no obstante son los campos del derecho penal y civil donde alcanza su mayor desarrollo, aunque sin olvidar otros, como el social, el contencioso y el canónico.

Esta tarea encomendada al psiquiatra forense no siempre se halla en simple relación con el diagnóstico de salud o enfermedad (Marcó Ribé J. et al., 1990). En ocasiones no se trata de verdaderos cuadros de trastorno mental y sin embargo puede haberse dado la circunstancia de una alteración de sus facultades en el momento de la acción, alteración relacionada con la capacidad de respuesta del ser humano a determinados estímulos o situaciones estresantes, transitorios o persistentes, medidos en unos patrones o grados considerados estándar según la norma de respuesta de la mayoría del grupo, o con estados de dependencia del entorno (del medio, de personas) que impiden el adecuado desarrollo de las facultades de la persona. En este criterio encuentran su explicación figuras como el arrebato y la obcecación en el ámbito penal o la incapacitación de una persona sobre la base de un síndrome de institucionalización desarrollado durante años en el civil.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

El informe pericial psiquiátrico se solicita con dos fines principales: bien para informar sobre la «imputabilidad» de un sujeto que ha cometido un hecho delictivo, según establece la Ley de Enjuiciamiento Criminal y los Arts. 20 y 21 del Código Penal Español, bien para informar sobre la capacidad de la persona para gobernarse a sí mismo y sus bienes, según la Ley de Enjuiciamiento Civil y el Código Civil. En teoría, una y otra cuestión difieren poco en cuanto a la forma de estudio, pues en ambos casos se estudia la integridad o alteración de la voluntad y la inteligencia del sujeto, si bien en la práctica sí difieren.

Esta diferencia parte de que en los casos de incapacidad el expediente se inicia sobre la existencia en la persona objeto de estudio de un trastorno mental, por lo general grave y permanente, evidenciable por la exploración y los antecedentes psiquiátricos, a diferencia de lo que sucede en el ámbito penal, donde se solicita informar sobre la integridad o alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas en el momento de cometer la acción en sujetos sin antecedente alguno, realidad cada vez más frecuente y que complica el estudio.

Pero, además, la imputabilidad se refiere a un tiempo pretérito, en el momento de la acción realizada, mientras que la capacidad para gobernar la persona y sus bienes se refiere a un tiempo presente y futuro, lo cual vuelve a revestir mayor complejidad en el primer caso, ya que se exige retrotraerse sobre el comportamiento del sujeto al momento pretérito.

Por último, una diferencia que quizá marca completamente ambos estudios se halla en que la imputabilidad ha de relacionarse con un hecho concreto, lo que implica que, aunque se trate del mismo sujeto e incluso de igual diagnóstico, el estudio y el posterior informe han de ser exclusivos y por separado en relación con dos hechos diferentes realizados por él mismo. En el caso de la capacidad civil del sujeto, se informa una sola vez y se refiere a toda acción civil en la que el sujeto haya de prestar su consentimiento en un futuro. Así pues, una persona puede ser inimputable para un hecho delictivo en concreto y no para otro, mientras que el discapaz lo es para todas las acciones que se refieran al gobierno de su persona y/o sus bienes.

También, en el ámbito penal, el informe solicitado puede ser sobre la peligrosidad posdelictual de imputado, con la finalidad de aplicación de las medidas de seguridad que establece el Código Penal. Dicho estudio, con relación a las diferencias marcadas entre el de imputabilidad y el de incapacidad, queda entre ambos, pues se parte de un estudio retrospectivo (trastorno mental que alteró las facultades intelectivas y/o volitivas de la persona durante los hechos y sobre el que se consideró su «inimputabilidad») para concluir en un presente y futuro, por lo que a la predicción de peligrosidad propiamente dicha se refiere. Además, puede tratarse de un único informe sobre peligrosidad del imputado, al igual que sucede sobre la incapacidad, si bien, al estar basado en la inimputabilidad del sujeto formando parte de las medidas de seguridad, puede ser que se requiera dicho estudio por varias causas imputadas y juzgadas.

Aparte de estos fines u objetivos, también la psiquiatría forense es necesaria para valorar secuelas derivadas de lesiones sufridas en los ámbitos penal, civil o laboral, si bien en estos casos interviene la psiquiatría forense en el campo de la valoración del daño corporal.

Cobra especial importancia la psiquiatría forense en la valoración de la víctima de violencia de género, desarrollada en la actualidad en las unida-

des de valoración integral de violencia de género de los Institutos de Medicina Legal.

Asimismo, también es necesaria para peritaciones que se realizan en muy reducido número de ocasiones, no por ello de menor importancia, como es el caso de testamentifacción (capacidad para testar, revocación de testamentos post mórtem), separación, divorcio, nulidad matrimonial y tutela de menores (valoración del estado de salud mental de los cónyuges) en el ámbito civil.

Habida cuenta de lo anteriormente expuesto, el informe psiquiátrico forense, sobre todo el comúnmente denominado informe de «imputabilidad», se puede calificar, junto con el informe de autopsia, como una de las pruebas reinas dentro del ámbito penal, tanto por la trascendencia como por su complejidad.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La historia de la psiquiatría forense está íntimamente ligada a la noción de la enfermedad mental y la concepción propia del delito.

EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE DESDE EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Sus antecedentes más remotos pueden encontrarse sen las antiguas culturas pregriegas, que atribuían un origen sobrenatural a la enfermedad mental, cuyos síntomas orientaban hacia la clase de espíritus (buenos o malos) que intervenían, y llegaban incluso a emplear ciertas medidas terapéuticas para permitir su salida (trepanaciones craneales).

No obstante, podríamos considerar el Derecho Romano como el primer atisbo o embrión de lo que hoy en día es la psiquiatría forense, pues consideraba la posibilidad de realizar peritaciones médicas en caso de «trastornos mentales». El *Corpus Iuris Civilis*, realizado entre 529 y 534 por encargo del emperador Justiniano, puede considerarse el primer texto jurídico de referencia a la «psiquiatría legal»; en él se consideraba la reducción de responsabilidad del presunto criminal en los casos de «insania» y «ebriedad», se distinguía entre locos, furiosos y mentecatos, y es el primer código de derecho que permite explícitamente la intervención de médicos en los casos jurídicos.

Durante la Edad Media, dominó la concepción mágico-religiosa de la enfermedad mental, y la legislación canónica prescribe taxativamente la peritación médico-legal ante los tribunales eclesiásticos. En nuestro país destaca la obra de san Isidoro de Sevilla (560-636).

No fue hasta el siglo XIII cuando de nuevo se dio un gran impulso al concepto de enfermedad mental y su relación con la Justicia, con las *Siete Partidas* (1256-1265) de Alfonso X el Sabio, en las que se distingue entre locos, furiosos y desmemoriados, coincidiendo en gran medida con el Derecho Romano. De igual forma destacan la obra de Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274), quienes, influidos por la tradición aristotélica (interesada por la parte racional de las virtudes del alma: inteligencia y voluntad), concebían el alma como un ente espiritual exento de enfermedad, que es una afección del *soma* (cuerpo) debida al exceso de las pasiones sobre la razón. A finales de la Edad Media se produjo la instauración formal de la Inquisición (1231) por

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Gregorio IX (1170-1241), en la que se incitaba a la autoconfesión y la denuncia de los acusados, bajo la imposición de torturas en un juicio en que el inquisidor era juez y acusador al mismo tiempo.

En el Renacimiento, siglos XV *(Quattrocento)* y XVI *(Cinquecento),* en el inicio de la Edad Moderna (siglos XV a XVIII), se crearon las bases para la aparición de las primeras obras de psiquiatría médico-legal, como *De Relationibus medicorum* de Fortunato Fedele (1550-1630), ya que, por una parte, con la promulgación de la *Constitutio Criminalis Carolina* (1532) por Carlos V (1500-1558) se fijan los elementos para comprobar cada delito y se permite la intervención de médicos cirujanos y comadronas, mientras que, por otra, la adopción de la observación empírica como base del método científico permite que aparezcan las primeras obras científicas sobre psicopatología.

A finales de ese período, durante el Barroco (siglos XVII-XVIII), la medicina legal se consideraba autónoma, y es de importancia vital Pablo Zacchia (1584-1654), seguramente fundador de la psiquiatría forense, pues en su obra principal, *Cuestiones Médico Legales,* analizó la enfermedad mental entre otros aspectos de la medicina legal. Señalaba la importancia de la peritación médica en cuestiones como la responsabilidad, la testificación y el intervalo lúcido. Afirmaba que el médico era el único capacitado para juzgar el estado mental del individuo.

En la Ilustración (siglo XVIII), que marca el inicio de nuestra Edad Contemporánea, con la obra de Pinel (1745-1826), es cuando se puede considerar que nace la psiquiatría médico-legal moderna, con amplio desarrollo y repercusión médico-legal en los diferentes países europeos, ya que analiza los problemas de la enfermedad mental, recalca la importancia de la observación en su estudio y da un vuelco al sistema psiquiátrico que hasta entonces consideraba al enfermo mental como criminal. A partir de su obra *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), el enfermo mental debe ser considerado como un enfermo y no como un criminal.

En la segunda mitad del siglo XIX, en pleno Romanticismo, Pedro Mata (1811-1877) se hizo cargo de la primera Cátedra de Medicina Legal de España (1843) y en la segunda edición de su *Tratado de Medicina Legal* estableció los criterios de distinción entre locura y pasión.

Son numerosos los países que aportaron sus conocimientos al estudio de la psiquiatría forense moderna, y destacan Francia con las figuras de Esquirol y Morel, Alemania con Kraft-Ebing, e Inglaterra, donde los autores británicos se plantean fundamentalmente la delimitación de la responsabilidad penal. El famoso caso McNaughen (1843) sentó los criterios vigentes en la jurisprudencia británica y en los países de influencia: criterio cognitivo, si el presunto culpable conocía la naturaleza y la calidad del acto que cometía, y criterio moral, si conocía que lo que hacía estaba mal hecho.

El gran impulso final a la psiquiatría forense viene durante el Positivismo (partía de que el único conocimiento auténtico es el científico, el cual tiene su origen en la afirmación positiva de las teorías a través del método científico), segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, cuando la psiquiatría, como rama de la medicina, progresaba en Francia (Charcot), Alemania (Kraepelin, Freud), Estados Unidos (Meyer) y en España, donde en 1862 se creó el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y destacaron autores como Maestre, Lecha Marzo y Piga.

Al término de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se produjeron cambios que afectarían sustancialmente a las directrices que después ha tomado la psiquiatría moderna, como son la finalización del dominio de la escuela kraepeliana, la incorporación a la psiquiatría europea y norteamericana de las aportaciones freudianas y los avances producidos en el campo de la neurofisiología, la neuroquímica y la terapéutica.

EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE DESDE EL CONCEPTO DE DELITO

Como hemos indicado, existe otra evolución histórica con relación al nacimiento de la psiquiatría forense no anclado tanto en el desarrollo de la psiquiatría clínica y su discurrir paralelo al derecho, sino en la concepción propia del delito y la consideración del acto criminal y el delincuente. De esta forma, el concepto de psiquiatría forense puede deducirse del concepto médico-legal de delito, entendidas como tales las acciones voluntarias penadas por la ley, ya que se precisa una voluntad libre del sujeto para poder delinquir.

Ya en el *Fuero Juzgo* (Fernando III, 1241), traducción del *Liber Iudiciorum* (promulgado en la época visigoda, 654), se hace referencia a la responsabilidad penal. Pero es el Marqués de Beccaria (1738-1794), en su obra *De los delitos y las penas* (1764), quien introdujo la teoría del libre albedrío, según la cual para la comisión de un delito es necesario tener en cuenta el delito cometido, pero también al sujeto y las circunstancias en que se produce; sólo el hombre con libre albedrío puede ser sancionado.

Posteriormente destacaron autores como Ferri, Garófalo y Lombroso, integrantes de la escuela positiva italiana, y con ellos la denominada criminología positivista, que admiten que hay casos en que, por determinadas características del sujeto, éste está predestinado a cometer un delito, con lo que no existe tanta libertad de la persona a la hora de actuar; el ser humano no es libre, sino que está condicionado por factores somáticos y genéticos; se desarrolla la teoría del «criminal nato». Después nació el concepto de que el individuo es libre, pero tiene una peligrosidad social potencial, existe una delincuencia potencial; se comenzaron a realizar análisis de la personalidad con tests proyectivos, sobre todo con cuestionarios como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, 1943), desarrollado originalmente por Starke R. Hathaway y J.C. McKinley, que mide rasgos psicopatológicos de la personalidad.

Junto con el nacimiento de estas teorías, va forjándose la psiquiatría forense, realmente impulsada en el positivismo, dada la relevancia de los estudios de diversos autores como ya hemos indicado; pero si bien éstos dan un gran avance en el plano teórico, es justo reconocer el gran avance en el plano práctico de la mano del nacimiento de nuevas técnicas de exploración o desarrollo de las ya existentes, como los tests de medidas de capacidades psíquicas, el electroencefalograma, los tests de provocación y otras diversas pruebas complementarias en clínica que se han ido desarrollando o incluso naciendo hasta la época actual (Resonancia Magnética Nuclear [RMN], tomografía computarizada [TC], ecografía, arteriografía cerebral, tomografía computarizada por emisión monofotónica [SPECT], etc.).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

PSIQUIATRÍA FORENSE Y PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Para ejercer la psiquiatría forense es necesario previamente conocer la psiquiatría clínica y cómo se pueden transformar los conocimientos médicos y psicológicos en aplicaciones jurídicas. El psiquiatra clínico realiza una entrevista o anamnesis, una exploración minuciosa, emite un diagnóstico y elabora un pronóstico, lo que también realiza el psiquiatra forense, si bien la finalidad del primero es prescribir un tratamiento adecuado, mientras que el psiquiatra forense tiene por misión resolver una cuestión o problema que el trastorno mental en la persona crea al Derecho.

Tienen, pues, objetivos diferentes la psiquiatría clínica y la psiquiatría forense, y la segunda precisa de la primera y no al revés; la prioridad en psiquiatría clínica es el diagnóstico para aplicar un tratamiento adecuado, mientras en psiquiatría forense es la detección de una alteración de la voluntad y/o inteligencia de la persona y poder dar respuesta al problema legal que la misma plantea.

A su vez, la trascendencia de las conclusiones formuladas en informes y juicio oral en la peritación psiquiátrica, sobre todo en penal, corroboran la necesidad de la preparación y capacitación que han de tener los médicos legistas en psiquiatría forense, perteneciente a su vez al campo de la medicina legal y forense, ya que no existe como especialidad independiente.

No obstante, el sistema de diagnóstico mediante anamnesis, exploración, pruebas complementarias y antecedentes médicos suele ser similar, y una vez establecido la psiquiatría clínica prescribe tratamiento, mientras la psiquiatría forense establece una relación causal entre unos hechos o circunstancias y el trastorno mental (entre delito y trastorno mental en la imputabilidad, capacidad de derechos y obligaciones y trastorno mental en la capacidad civil, agente lesivo y trastorno mental resultante en la valoración del daño).

Un punto de encuentro y entendimiento entre ambas ramas de la psiquiatría son las clasificaciones clínicas de enfermedades mentales, concretamente el DSM-IV-TR y la CIE-10. La primera, el denominado Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta versión revisada, de la Asociación Americana de Psiquiatría, sólo clasifica de forma específica trastornos mentales, mientras la segunda, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición, dedica a los trastornos mentales uno de sus capítulos.

El DSM-IV-TR cuenta con el respaldo, tanto por su categoría como importancia, de la Asociación Americana de Psiquiatría, mientras la CIE-10 cuenta con la universalidad de ser de la OMS. Además, en la cuarta edición de la DSM se salvan los problemas derivados de las anteriores ediciones respecto de su correlación con la CIE-10, pues en cada trastorno clasificado establece las pautas y los criterios de dicha correlación, de tal forma que el acercamiento entre ambas clasificaciones ha sido totalmente posible y ha dado lugar a una unificación de criterios diagnósticos en psiquiatría.

La aportación fundamental a la psiquiatría clínica es precisamente dicha unificación de criterios, lo que permite la utilización en clínica de cualquiera de las dos clasificaciones, la comunicación entre psiquiatras clínicos y la posibilidad de su uso con fines estadísticos para procesamiento de datos. Posibilita además el uso en investigación, sobre todo la CIE-10 (establece criterios

diagnósticos de investigación que deben ser utilizados junto con las descripciones clínicas), pues a través de ellas pueden calibrarse aspectos como marcadores, factores indicadores y predictores.

En psiquiatría forense la unificación de criterios que aportan estas clasificaciones no sólo implica una mejor comunicación entre profesionales médicos en el mundo judicial, sino también entre éstos y otros profesionales como jueces, fiscales y abogados, que deben familiarizarse con ellas.

Finalmente, aportan un puente con la psiquiatría clínica, pues facilitan el entendimiento entre ambos campos de la psiquiatría, dada la necesidad de colaboración de los psiquiatras clínicos con el mundo judicial, por lo que se refiere a aportación de antecedentes médicos e informes periódicos cuando les son requeridos.

En definitiva, la psiquiatría jurídica o forense ha de estar al día en los avances de la psiquiatría clínica y de las clasificaciones basadas en criterios diagnósticos de mayor ámbito, las cuales permiten el entendimiento entre los diferentes profesionales con mayor precisión. A su vez, ambas se nutren de la investigación y los avances tanto de los procesos cognitivos como de los trastornos mentales y enfermedades neurológicas, con el fin de entender mejor su origen, para la prevención y el tratamiento desde la óptica clínica y la valoración de sus consecuencias en las facultades del ser humano desde la forense. Contribuyen de igual forma el gran avance en técnicas diagnósticas actuales y la aportación de otras ramas de la ciencia como la biología molecular, la psicología y la neurología.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología: interés en el ámbito médico-forense

9

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Teorías biológicas y genéticas 99
Teorías psicológicas 100

Han sido muchas las definiciones que se han dado acerca del concepto de psicopatología; así, para JASPERS «es la ciencia que se ocupa del estudio de la vida psíquica anormal, en su realidad, en sus formas de expresión, en sus relaciones y en sus múltiples etiologías». Cabaleiro Goas (1998) la define como «aquella ciencia que estudia los fenómenos psíquicos anormales y morbosos desde un punto de vista general o global». Etimológicamente se podría definir como el estudio de la enfermedad del alma o la razón (*psyché:* alma o razón; *páthos:* enfermedad; *logía o logos:* ciencia, discusión o discurso racional). Y algunos autores consideran que es la ciencia que toma su objeto de la psiquiatría; y su espíritu, de la psicología.

Desde un punto de vista clásico, la psicopatología se puede definir como la rama de la psicología y la psiquiatría que estudia la causa y la naturaleza del comportamiento humano y de las enfermedades mentales. Su objetivo fundamental es el estudio de las funciones psíquicas del sujeto, las que conforman en definitiva su personalidad y su forma de actuar, campo de la psicología, y cuya alteración da como resultado o es expresión de la existencia de la enfermedad mental, campo propio de la psiquiatría. Para el logro de estos objetivos, la psicopatología se valdría de los conocimientos aportados por ciencias tan dispares como la biología, la sociología, la antropología, etc.

Así pues, cuando se trata de precisar el objeto de la psicopatología, surge la confusión derivada de la diferente consideración de la base de la enfermedad mental según los diferentes modelos y teorías, es decir, si surge como entidad nosológica independientemente de las funciones psíquicas, en cuyo caso la alteración de éstas es una expresión sintomática de la enfermedad mental, o surge como una alteración previa o un conflicto entre ellas.

Según este segundo modelo, el objeto propio de la psicopatología son las enfermedades psíquicas, mientras que para los que defienden la enfermedad mental como entidad nosológica independiente de la alteración previa de las funciones psíquicas del sujeto, la psicopatología ha de ocuparse sólo de las alteraciones del comportamiento o trastornos de la conducta, si bien sirve para comprender la enfermedad mental.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

Entre ambas se hallan los que sitúan la psicopatología como la parte de la psicología que se ocupa del estudio y el tratamiento de conflictos interpersonales o la dinámica familiar patológica, con lo que, más que definir un objeto, hacen referencia a un esquema teorético no probado científicamente en cuanto a validez generalizada.

La teoría de que la enfermedad mental nace como ente independiente de la alteración o conflicto primario de las funciones psíquicas, si bien dentro de ella pueden verse afectadas una o más de éstas, se basa en el hecho de que no en todo trastorno o enfermedad mental surge una alteración de todas las funciones psíquicas, sino que la alteración aislada se presenta como síntomas del sujeto que la sufre, y es una consecuencia de la enfermedad y no su origen; y al contrario, puede haber una alteración de funciones psíquicas que no constituya en sí enfermedad mental.

Partiendo de esta tesis, la psicopatología, como rama de la psicología, tiene por objeto el estudio de la alteración de las funciones psíquicas que determinan la forma de ser y de comportarse del ser humano, mientras no se determine en el sujeto la existencia de una enfermedad mental, terreno que correspondería a la psiquiatría. Esto no quiere decir que no sea necesaria para la psiquiatría; al contrario, constituye una base fundamental para ésta, para el análisis y la comprensión de la enfermedad mental (diagnóstico) y su tratamiento.

Se podría considerar así que la psicopatología es parte de la psicología cuando se trata de estudiar y buscar la causa de alteraciones o anomalías del comportamiento del ser humano que no llegan a constituir enfermedad mental, y parte de la psiquiatría cuando dichas alteraciones son consecuencia de una enfermedad o trastorno mental.

No obstante, se puede observar, en la corta historia de la psiquiatría como rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de los desórdenes mentales, que su objeto se transforma y se desvía en ocasiones en función del propio psiquiatra, de su formación técnica y de su actitud doctrinal. Así, se pretende tratar como psiquiátricos problemas que realmente no lo son (psiquiatrización). Muchos problemas sociales como el paro, el divorcio, las drogas, los trastornos sexuales, los problemas de convivencia familiar, han sido psiquiatrizados.

En la actualidad, en diferentes escuelas psiquiátricas se intenta encontrar síntomas psíquicos menores en áreas diversas (laboral, escolar, etc.) y resolver cuestiones que se escapan de las posibilidades de la psiquiatría, ya que no son enfermedad en el concepto propio de la palabra. El objetivo se extiende y no se limita al enfermo mental, sino que incluye las relaciones de la pareja, de la dinámica familiar y de la propia comunidad.

Los conceptos de enfermedad mental, por un lado, y de alteraciones de la conducta o del comportamiento y de la personalidad, por otro, llevan a plantear la frontera entre la normalidad y la anormalidad. Y los criterios estadísticos, sociales, morales o legales no son suficientemente científicos como para determinar lo que es «normal», aunque puedan ser utilizados tácitamente en la práctica para lograr una conceptualización derivada.

De esta forma, el concepto de normalidad conduce a contar con un modelo o teoría de la personalidad que todavía la psicología no tiene y que los intentos realizados no han logrado alcanzar. Y no se puede prescindir de esta teoría por más que se desvíe del objeto y se cambie por otro (conducta o comportamiento). Se hace necesario, pues, contar con una teoría de la personalidad lo suficiente-

mente coherente para poder estudiar los cambios que pueden producirse como anomalías y su consideración como tales o como trastornos psíquicos.

Hasta ahora siempre se ha contado con teorías psicopatológicas que parten de la psiquiatría o el psicoanálisis (teoría de la neurosis) para tratar de conocer lo normal. Se ha partido de la psicopatología (construida entre la psiquiatría y la filosofía) hacia la psicología y no en el orden inverso.

Ya que el objetivo de la psiquiatría se extiende (enfermedades psíquicas, trastornos de la conducta, conflictos psíquicos, problemas familiares o estructuras socioculturales), su campo resulta de difícil delimitación, y se corre el riesgo de reducirlo a las enfermedades psíquicas propiamente dichas o, por el contrario, extenderlo nuevamente al terreno de la normalidad por un lado y al de otras especialidades médicas (neurología) o de las ciencias humanas (psicología, sociología), por otro.

Así, la extensión del campo de la psiquiatría es alarmante por la cantidad de procesos que pretende tratar y por la psiquiatrización que de determinadas conductas se está dando. La psiquiatría constituida rígidamente, pues los modelos de enfermedad eran asexuales y sin limitación geográfica o social, se flexibiliza, con lo que se crean múltiples subespecialidades (psiquiatría infantil, del adolescente, del anciano, comunitaria y familiar).

Se debe considerar, pues, una dualidad conceptual, que necesariamente ha de existir, delimitando claramente lo que se entiende por enfermedad o trastorno mental, por un lado, y las diversas conductas anormales o extrañas del ser humano pero que no constituyen enfermedad o trastorno mental en el sentido clásico, por otro, más todos los procesos que tengan cabida en el ámbito fronterizo entre ambos; dualidad que, por otro lado, no existiría si hubiera unanimidad en el concepto de trastorno mental y de conducta o forma de ser normal o anormal. Como base conceptual de ambas, se sitúa la psicopatología, ya que trata de dar explicación y estudiar la alteración de las funciones psíquicas que constituyen la forma de ser y actuar del ser humano, expresión sintomática (y puede que también causa) de la enfermedad mental, y sí posible origen de las formas de ser y/o actuar que, no consideradas enfermedad mental, sí llaman la atención por desviarse de la norma. En definitiva, se está definiendo el campo el objeto de la psiquiatría y de la psicología respectivamente, y entre ambas, la psicopatología.

No obstante, esta consideración sólo puede realizarse desde la perspectiva de que la persona se engloba en un marco determinado por múltiples factores, como son la historia personal, las relaciones familiares, laborales y afectivas, el medio cultural y social, y por interacción entre éstos, actuando como concausa o como factores desencadenantes; unido puede que a una base orgánica, se hallaría el trastorno mental, que precisaría asistencia psiquiátrica, mientras que sería la causa directamente de las conductas o formas de ser que, no siendo enfermedad o trastorno mental, precisan de una atención o asistencia psicológica.

Existen varias teorías que intentan explicar el trastorno o la enfermedad mental de forma exclusiva. Éstas pueden agruparse de la forma siguiente:

TEORÍAS BIOLÓGICAS Y GENÉTICAS

Ambas constituyen los dos pilares en los que se apoya el modelo médico de la psiquiatría, de ahí su importancia. Conciben los trastornos mentales o altera-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

ciones de la conducta como resultado de una enfermedad, por lo que, como cualquier otra, tendrían etiología, histopatología, patogenia y tratamiento de base orgánica.

Se enmarcan en la ley de la causalidad e intentan explicar los acontecimientos de la naturaleza a través de la relación causa-efecto. Según estas teorías, la enfermedad mental surge como consecuencia de una causa orgánica, un daño cerebral. Así, por ejemplo, se describiría la demencia como consecuencia de una afección cerebral tipo atrofia, por causas varias como la edad, el alcohol o las enfermedades infecciosas. No obstante, se observa que, ante una misma lesión orgánica, los trastornos psicopatológicos desarrollados pueden ser distintos según personalidad y medio social, económico o cultural del sujeto, por lo que ya no está tan clara la ley de causalidad. Surgen aún con más fuerza desde la década de los sesenta con el estudio de los neurotransmisores en los avances de la neurobioquímica y posteriormente con la genética en la década de los ochenta y sobre todo en los noventa.

Se podrían explicar trastornos de base genética o endógena, como las oligofrenias asociadas a enfermedades como el síndrome de Down (trisomía 21) y el síndrome de Klinefelter (47 XXY) o los trastornos de personalidad asociados a la trisomía XYY, y de base exógena como las encefalitis de causa tóxica o infecciosa o las demencias tóxicas, pero resulta aún difícil la explicación de procesos como la esquizofrenia, la depresión y otros trastornos, en los que se observa cierta alteración neurobioquímica, e incluso parecen tener cierta base genética, pero cuya causa orgánica no está del todo comprobada.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Entre éstas se hallan el modelo psicoanalítico (quizá el de mayor influencia) y las teorías conductuales, cognitiva y otras.

El modelo psicoanalítico tiene su origen en Sigmund Freud y parte de que el desarrollo de la personalidad es consecuencia de la interacción entre los procesos biológicos y los ambientales, en la que tiene un gran papel la evolución psicosexual durante la infancia. La aparición de algún problema en las etapas de desarrollo infantil (oral, anal, fálica, latencia y genital), implicaría la fijación en ella, con la consiguiente tendencia psicopatológica en la vida adulta. Para el modelo psicoanalítico, el campo de estudio es el inconsciente y su método es la interpretación. Desde la perspectiva psicoanalítica, la conducta humana es la expresión de conflictos que han sido reprimidos a nivel inconsciente.

Dentro de este concepto general caben todo tipo de explicaciones que permitan comprender la conducta individual; de hecho, se recurre a las explicaciones de fenómenos tan diversos como el fracaso en la evolución personal infantil, que impide introyectar normas sociales y, por lo tanto, desarrollar un «superyó» eficaz que actúe como instancia censurante de la personalidad, para explicar las personalidades de tipo impulsivas y carentes de sentimientos de culpa. En otras ocasiones un complejo edípico no superado puede dar lugar a sentimientos de culpa que impulsen a delinquir buscando un castigo deseado y no producido.

Propugna también la teoría de la frustración-agresividad, que explica que en el sujeto la intensidad de la agresividad equivale y es proporcional a la pulsión frustrada, así como sus posibles desviaciones hacia objetos, otros suje-

tos y, a veces, contra sí mismo. Su base fundamental, de forma muy genérica, se halla en la visión topográfica de la psique humana en tres esferas psíquicas que rigen el comportamiento: el inconsciente, el preconsciente y el consciente. Éstas, a su vez, se rigen por tres niveles psíquicos de la persona que actúan como moduladores: el ello, el yo y el superyó. La teoría psicoanalítica ha tenido una aplicación clínica muy importante en el tratamiento de las neurosis con resultados aceptables por la comunidad científica internacional.

El modelo conductista se basa en la importancia del aprendizaje en la conducta y considera que los factores ambientales son la única causa de las conductas anormales o desadaptativas, prescindiendo de todo elemento biológico o genético. Para los conductistas, de forma general, toda la conducta humana se explica desde el punto de vista psicológico. Se fundamenta en la descripción lo más mental posible de los hechos y de la conducta. A través de ella se ha podido comprobar que algunos comportamientos agresivos son fácilmente aprendidos en la infancia a través del aprendizaje imitativo. Igualmente explica conductas anómalas del adulto basadas en el refuerzo positivo de determinadas conductas o sentimientos en la infancia, como son las basadas en el placer o en sentimiento de poder y de dominio.

El modelo cognitivo parte de la base de que son las propias personas el origen de sus problemas y síntomas, por lo que centran su atención en el estudio de los procesos psíquicos superiores o cognitivos (percepción, atención, memoria y pensamiento) y de las estructuras que los regulan. Se basa también en el causalismo, es decir, la relación causa-efecto, y tiene como metodología la explicación de la conducta y la forma de ser mediante la recogida de datos a partir de métodos experimentales, elaborar hipótesis y, tras comprobación posterior, elevarlas al rango de teoría. Es el propio método cognitivo el que explica, mediante comprobación experimental animal y observación en niños, la teoría freudiana de frustración-agresión-desplazamiento.

Entre otras teorías psicológicas se hallan:

- *La existencial:* tiene como objeto la conciencia y como método la comprensión, e intenta el acercamiento a las conductas y enfermedades a través de un análisis descriptivo de la vivencia del paciente.
- *La categoriana*: se basa en intentar captar determinadas categorías que considera partes irreductibles de la realidad y en función de ellas explicar la forma de actuar.
- *El modelo fenomenológico:* centra su meta en comprender y explicar los fenómenos psíquicos colocando al observador en el lugar del paciente, es decir, se valen de la introspección para conocer los contenidos subjetivos de los trastornos mentales, lo que, junto con la patobiografía y las pruebas complementarias, permite establecer el diagnóstico. Por esto es, para la mayoría de los autores, el modelo clínico por excelencia.
- *El modelo sociogenético:* la sociedad, a través de las relaciones interpersonales, es la verdadera causa de la enfermedad mental. Existen diversas corrientes como la fenomenológica-existencial, la político-social o la ético-sociológica.

La supuesta confrontación entre todas las teorías expuestas deriva del propio fenómeno que antes se ha definido como psiquiatrización, es decir, tratar todo

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

como trastorno mental y desde la óptica de la psiquiatría. Sin embargo, estas diferentes teorías no se excluyen, sino que se complementan para dar explicación, por un lado, a la enfermedad o trastorno mental y, por otro, a lo que se consideran alteraciones de la forma de ser y de actuar del sujeto pero que no constituyen enfermedad. Es lo que debería delimitarse respectivamente como campo de actuación de la psiquiatría, como rama de la medicina y por ello tendente a la curación de la enfermedad del ser humano, y la psicología, tendente a la modificación, en la medida de lo posible, de determinados patrones de conducta o formas de ser. No obstante, ambas dependen para su comprensión, en el primer caso, y explicación, en el segundo, de la psicopatología.

Ya sea la alteración de las funciones psíquicas sólo causa de la enfermedad mental, sólo consecuencia o ambas, lo fundamental es que la manifestación de la enfermedad se produce a través de la expresión de aquéllas. La detección de una alteración de las facultades mentales del sujeto determina en sí que la salud mental de éste se ha perdido, ya sea de forma transitoria o persistente, y se habrá de realizar el diagnóstico del cuadro que lo aqueja.

Pero en psiquiatría forense es precisamente la alteración de las funciones psíquicas lo que tiene un valor fundamental, pues su detección hace presumir que el sujeto padece una merma de la capacidad de conocer y, por ende, la de actuar según lo conocido, o incluso sólo de esta última. En definitiva, es expresión de la alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas, en la que se fundamentan los estudios de imputabilidad, capacidad de gobierno y de peligrosidad criminal, donde lo fundamental es demostrar aquélla (durante el momento de los hechos en el caso de la imputabilidad y en el momento presente y futuro en el caso de la capacidad de gobierno), más que considerar el más refinado diagnóstico de trastorno mental.

Así, por ejemplo, la demostración de un trastorno del contenido del pensamiento (un delirio) o de la percepción sensorial (una alucinación) durante el momento de los hechos supone ya la consideración de que el sujeto en ese momento no era totalmente libre, pues sufría una alteración de sus facultades volitivas (alteración de la capacidad de conocer y la de actuar según lo conocido, en el segundo caso, o sólo de la última en el primero). Es prioritaria tal consideración más que la del diagnóstico de trastorno mental, que es consecuencia o causa de dicha alteración de funciones psíquicas, que podría tratarse de un trastorno paranoide o una esquizofrenia en el primer caso o de esta última en el segundo.

Como ya indica el Tribunal Supremo en su jurisprudencia (STS 51/1993, de 20 de enero), «para la apreciación de circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado no basta una clasificación clínica, por lo que debe evitarse el incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto es menester poner en relación la alteración mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo» (Ortega Monasterio, 1993).

De ello se desprende el valor fundamental de la psicopatología en psiquiatría forense, pues si en psiquiatría clínica aquél reside en la prioridad de diagnosticar el proceso para llevar a cabo un tratamiento adecuado, en el ámbito forense la prioridad es la detección de una alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto a fin de establecer conclusiones sobre imputabilidad,

capacidad de gobierno, peligrosidad posdelictual, etc., restando al diagnóstico la importancia que sí le concede la psiquiatría clínica. Cabe igual ejemplo en la valoración de la víctima de violencia de género; la detección de sentimientos de autoculpa, infravaloración y pérdida de autoestima (no específicos, pues suelen ir asociados, entre otros, a trastornos ansioso-depresivos de variada causa, dentro de la esfera de la afectividad) puede tener mayor valor médico-forense que el más preciso diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, que puede o no presentarse.

Y la detección de dicha alteración de facultades sólo puede llevarse a cabo tras una minuciosa investigación del estado de sus funciones psíquicas (clínica, mediante anamnesis, exploración y exploraciones complementarias; y documental, a través del estudio de antecedentes).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Entrevista y pruebas complementarias en psiquiatría forense

10

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Entrevista en psiquiatría forense 106
Pruebas complementarias 107

El informe psiquiátrico forense se puede sistematizar en tres apartados:

1. Recogida de datos.
2. Consideraciones médico-forenses.
3. Conclusiones.

Las consideraciones no son más que el razonamiento científico entre los datos valorados y las conclusiones finales, que deben exponerse de la forma más sucinta posible y siempre en relación con lo solicitado, al contenido expreso de la peritación.

Es precisamente en la recogida de los datos que van a servir de base a nuestras consideraciones y conclusiones donde nos vamos a centrar pues, en definitiva, de ellos van a depender nuestros resultados; nuestra investigación se basa en la búsqueda de dichos datos, tras tener siempre claro preliminarmente lo que se nos pregunta.

De forma genérica, en la peritación psiquiátrica la recogida de datos se puede sistematizar de la forma siguiente (en capítulos posteriores se desarrolla explícitamente el protocolo de recogida de datos dependiendo del tipo de peritación: imputabilidad, valoración integral de violencia de género, valoración daño psíquico):

1. Antecedentes de hecho:
   a) Datos obrantes en el procedimiento: atestados, testimonios, declaraciones, etc.
   b) Datos aportados por el sujeto de exploración sobre los hechos.
2. Anamnesis:
   a) Datos de filiación.
   b) Datos sobre detención.
   c) Antecedentes:
      – Antecedentes de ingreso en centros penitenciarios.
      – Antecedentes de ingreso en centros psiquiátricos.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

   - Antecedentes familiares.
   - Antecedentes personales.
   - Antecedentes de enfermedad.
  d) Enfermedad actual.
  e) Drogadicción.
3. Exploración:
  a) Actitud ante exploración.
  b) Exploración física.
  c) Exploración psíquica.
4. Datos complementarios:
  a) Informes médicos:
   - Presentes en procedimiento referidos al imputado.
   - Aportados.
   - Solicitados.
  b) Entrevistas con familiares o personas allegadas.
  c) Pruebas complementarias.
  d) Valoración psicológica.

El origen de los datos recogidos puede tener varias fuentes:

– Procedimiento.
– Entrevista y exploración.
– Entrevista con familiares.
– Exploraciones complementarias.

ENTREVISTA EN PSIQUIATRÍA FORENSE

La entrevista o exploración propiamente dicha precisa unos requisitos considerados esenciales:

1. Ambiente y situación adecuados: el/la imputado/a ha de ser reconocido/a solo/a y, de ser posible, siempre en la consulta médico-forense. Es necesario un ambiente tranquilo y favorable, de tal manera que pueda obtenerse la tranquilidad del reconocido/a y favorecer un ambiente de confianza.
2. Actitud del médico: ha de ser neutra y receptiva. Se trata de dirigir la entrevista, escuchar y recoger datos sin tomar parte en lo sucedido.
3. Observación atenta: a lo que el paciente dice u omite, a la expresión verbal y no verbal, al estado de ánimo y la psicomotricidad.
4. Actitud respecto del comportamiento del reconocido/a: evitar que estados de ansiedad, angustia o agresividad del sujeto de exploración entorpezcan la asistencia, lo que requiere una adecuada tolerancia del médico forense.
5. Tiempo: ha de ser el suficiente y adecuado en cada caso. La prisa o la calma pueden alterar los resultados.
6. Que el médico posea un grado de conocimientos y de madurez suficientes es condición indispensable para poder llevarla a cabo en las condiciones mencionadas.
7. Adaptación al sujeto: empleo de un lenguaje llano, comprensible, acorde con su nivel intelectual y cultural.

Con relación al tipo de entrevista, podemos considerar dos tipos:

- Entrevista abierta: es útil al objeto de crear un clima más cordial y de confianza, y adecuada para la observación conductual. Exige gran cantidad de tiempo según el tipo de sujeto explorado y puede llevar a la dispersión y la pérdida de datos objeto de estudio.
- Entrevista cerrada: puede conllevar retraimiento del sujeto y aporta menos datos conductuales. Adecuada para obtener datos precisos.

En psiquiatría forense, lo recomendable es la combinación de ambos tipos de entrevista, adaptable sobre todo al tipo de sujeto de estudio, por lo que podemos considerar que existen varios tipos de entrevista (Kaplan et al., 1991):

- Paciente retraído: se ha de ser activo, estructurar la entrevista, prestar atención a los indicios no verbales y movimientos corporales y cambiar de tema si al paciente le cuesta referirse a ciertas áreas.
- Entrevista familiar: centrar la atención en el problema identificado del paciente y observar cómo reacciona cada miembro de la familia ante determinadas preguntas: con ira, interés, miedo, ansiedad, quién desea ayudar.
- Depresión: si denota ideas suicidas, han de investigarse con gran delicadeza y cautela, y hay que tratar de reforzar la autoestima comentando positivamente sus logros.
- Paciente agresivo: no quedar a solas en habitación cerrada, fijar los límites y finalizar en caso de que se mantenga la actitud agresiva.
- Paciente delirante: de entrada ha de establecerse un equilibrio entre no cuestionar y no dar la razón, pero sí crear el ambiente de confianza preciso para poder indagar en lo más profundo las ideas delirantes, a fin de poder hallar su origen (núcleo) patológico.
- Paciente maníaco: hay que fijar los límites, pues lo normal es que su hiperactividad y su verborrea acaparen toda la entrevista, la alarguen en exceso y se pierdan datos esenciales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La importancia y el auge creciente de las pruebas complementarias en psiquiatría se deben a diversos factores, pues permiten:

- Detectar trastornos orgánicos subyacentes que son causa de cuadros psiquiátricos.
- Determinación cualitativa y cuantitativa de drogas de abuso, cada vez más usadas y mayor causa de enfermedad psiquiátrica, así como la detección de cuadros orgánicos derivados de dicho abuso.
- Controlar estado físico crítico en determinadas enfermedades psiquiátricas: bulimia, anorexia, depresión, etc.
- Comprobar las concentraciones sanguíneas de psicofármacos de uso terapéutico, controlando el tratamiento y los posibles efectos adversos.
- Evaluar funciones psíquicas como estado de ánimo, emociones (ansiedad), nivel de conciencia, inteligencia, memoria.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Con relación a las pruebas médicas complementarias a nuestro alcance, se pueden clasificar en:

1. Pruebas hematológicas:
   a) Habituales: hemograma, leucocitos, hematocrito, hemoglobina, etc.
   b) Específicas: B_{12}, hierro sérico, ferritina sérica, pruebas de coagulación.
2. Determinaciones bioquímicas (Rosse et al., 1992):
   a) Determinaciones de electrolitos séricos.
   b) Pruebas de función renal: determinados cuadros psiquiátricos (delirios, confusión, astenia, ansiedad) pueden estar relacionados con insuficiencia renal.
   c) Determinación de porfobilinógeno: la porfiria aguda ha sido relacionada con cuadros como psicosis y depresión.
   d) Pruebas de función hepática: alcoholismo, hepatitis por psicofármacos, enfermedad de Wilson.
   e) Pruebas de función pancreática: alcoholismo, pancreatitis por psicofármacos.
3. Analítica toxicológica:
   a) Determinaciones de drogas en pelo: en la actualidad, determinadas drogas de abuso y ciertos psicofármacos se detectan en pelo, donde ha quedado comprobado que se depositan a medida que se consumen. Habitualmente se determinan opiáceos, cocaínicos, cannábicos, anfetamínicos y metadona, así como etilglucurónico como marcador de alcoholismo crónico en los casos en que se solicita (Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Departamento de Sevilla, 2005). A tenor de una medida estándar de 1 cm, considerada como media de longitud de crecimiento de pelo en 1 mes, se realizan determinaciones cuantitativas en el cabello (debe tenerse la precaución de tomar una muestra de la mayor longitud posible, a ras del cuero cabelludo, generalmente en zona occipital, por ser la zona de mayor crecimiento del pelo, de un grosor recomendable de un lápiz). Con esto se objetiva consumo en meses (en virtud de los centímetros) y su intensidad (concentraciones medias). No obstante, se ha de tener en cuenta para la interpretación de estos resultados lo siguiente:
      – No es posible determinar si un día y en un momento determinado un sujeto había consumido. Lo más que se puede afirmar es que, durante el período del mes que interese, las concentraciones medias se corresponden con un consumo de drogas alto, medio o bajo, conforme a casuística media de referencia.
      – Las concentraciones correspondientes a consumo alto, medio o bajo tampoco indican que dicha intensidad de consumo fuera tal durante todos los días del mes, sino que representan la media; puede haber habido días de consumo alto, días de consumo bajo o sin consumo.
      – No es posible extrapolar resultados para determinar la dosis exacta consumida, por lo que no permite determinar un estado de intoxicación plena puntual. Es por esto por lo que no puede deducirse una alteración de las facultades en el momento de los hechos en virtud del consumo objetivado.

– Sólo permite presumir adicción o dependencia (tanto más cuanto más tiempo y mayor intensidad de consumo), pero no objetivarla, pues consumo de la sustancia no es sinónimo de dependencia, que sólo puede confirmarse objetivamente con datos que indiquen la existencia de una vinculación metabólica y/o conductual entre consumo y la persona, de tal forma que ésta no puede prescindir de su consumo sin que aparezcan trastornos de conducta y/o una serie de síntomas y signos clínicos que desaparecen con la administración de la sustancia (síndrome de abstinencia).

b) Determinaciones de drogas en sangre y en orina: de gran utilidad el cribado toxicológico en orina de sustancias de abuso, en caso de ser cuantitativo y cualitativo, si bien ha de ir acompañado de exploración clínica. La gran mayoría de las drogas de abuso se eliminan en orina (tabla 10.1).

c) Son de gran importancia igualmente las determinaciones plasmáticas de concentraciones de psicofármacos para el control de los tratamientos (antidepresivos tricíclicos, litio, antipsicóticos, valproato sódico, inhibidores de la monoaminooxidasa [IMAO], anticonvulsivos).

d) Determinaciones de metales pesados, tóxicos ambientales, pesticidas.

4. Pruebas endocrinas (Rosse et al., 1992):

a) Función tiroidea: relacionada con depresión, psicosis, ansiedad, hipomanía, demencia, cuadros delirantes, ansiedad.

b) Función pancreática (insulina): la hipoglucemia puede presentarse asociada a cuadros psiquiátricos como delirio, ansiedad, crisis de pánico, confusión, crisis de agitación.

c) Función de vasopresina: diagnóstico de diabetes insípida. La hiponatremia ha sido relacionada con cuadros de depresión y cuadros psicóticos. Asimismo, determinados psicofármacos se han asociado a síndrome de secreción inadecuada de vasopresina (fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos).

d) Función de glándulas suprarrenales: relacionadas con cuadros de alteración de estado de ánimo.

e) Otras hormonas: paratirina, somatotropina, estrógenos y progestágenos, andrógenos, prolactina.

Tabla 10.1 ***Vida media y vías de absorción, metabolización y eliminación de sustancias de adicción***

	Vía de absorción	Vida media	Metabolización	Eliminación
Heroína	I-F-E	5 h	Hígado	Orina (diacetilmorfina)
Cocaína	I-F-E-O	45-90 min	Hígado	Orina (benzoilecgonina)
Cannabis	F (O-I)	6-7 días	Hígado	Orina y heces (THC)
Anfetaminas	O-I	Variable	Hígado	Orina
PCP	O-F-I	30-60 min	Hígado	Orina
LSD	O	1-2 h	Hígado	Orina
Benzodiacepinas	O-I	1-200 h	Sangre, hígado	Orina

E: esnifada; F: fumada; I: intravenosa; LSD: dietilamida del ácido lisérgico; O: oral; PCP: fenilciclohexilpiperidina; THC: tetrahidrocannabinol.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

5. Pruebas inmunológicas (Rosse et al, 1992):
   a) Mononucleosis infecciosa aguda y seudomononucleosis crónica.
   b) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: virus de la inmunodeficiencia humana.
   c) Hepatitis virales.
   d) Lupus eritematoso.
   e) Pruebas de hipersensibilidad.
   f) Test de Coombs: anemias hemolíticas adquiridas, anemias por psicofármacos.
6. Pruebas diagnósticas electrofísicas-radiológicas:
   a) De imagen: radiografía (simple y de contraste), tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), ecografía-Doppler, tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT).
   b) De registro: electrocardiograma (ECG), monitorización Holter (MH) electroencefalograma (EEG), potenciales evocados.

Evaluación psicológica en el contexto forense

11

Isabel M. Montesinos Álvarez
Manuel J. Checa González

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Objetivos y método 112
Entrevista clínica 113
Observación conductual 114
Pruebas psicométricas 114
Evaluación psicológica del testimonio 115
Evaluación de credibilidad del testimonio en la agresión sexual infantil 118
Análisis del contenido basado en criterios 119
Características generales del contenido 119
Contenidos específicos 119
Peculiaridades del contenido 120
Contenidos referentes a la motivación 121
Pruebas psicométricas en psicología forense 123
Adultos 123
STAI: Cuestionario de ansiedad estado/rasgo 123
EAE: Escalas de apreciación del estrés 123
AF5: Autoconcepto forma 5 123
BDI: Inventario de depresión de Beck 124
Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático 124
SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas 124
MCMI-II: Inventario clínico multiaxial de Millon-II 124
16PF-5: Cuestionario factorial de personalidad 124
MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 124
WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III 125
TONI-2: Test de inteligencia no verbal 125
BETA II-R: Instrumento no verbal de inteligencia 125
MMSE: Examen cognoscitivo Mini-Mental 125
Test Barcelona: Programa integrado de exploración neuropsicológica 126
LURIA-DNA: Diagnóstico neuropsicológico de adultos 126
TRB: Test de retención visual de Benton 126
Niños y adolescentes 126
TAMAI: Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil 126
ESPQ: Cuestionario de personalidad para niños 126
CPQ: Cuestionario de personalidad para niños 126
HSPQ: Cuestionario de personalidad para adolescentes 127
STAIC: Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños 127
CMAS-R: Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) 127
WISC-R: Escala de inteligencia de WECHSLER para niños (revisada) 127

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

OBJETIVOS Y MÉTODO

La evaluación psicológica, como disciplina aplicada, se lleva a cabo por unas demandas concretas, formuladas bien por el propio sujeto de estudio, bien por terceros que lo envían con algún propósito (los padres de un niño, los responsables de un colegio, el empresario que desea hacer una selección, el juez que requiere una peritación).

La evaluación psicológica, si bien dependiendo de cada plan de estudios concreto en las diferentes universidades, forma parte de la Licenciatura de Psicología como materia troncal –primer ciclo (resolución de 23 de octubre de 2000, Universidad de Granada)– e incluso en el ámbito jurídico, pues la Psicología Jurídica está presente como materia optativa –primer y segundo ciclo (resolución de 23 de octubre de 2000, Universidad de Granada)–. Asimismo, la psicología clínica, como especialidad de la psicología, cuyo acceso queda regulado a través de sistema PIR (Psicólogo Interno Residente) por el Ministerio de Sanidad y Política Social como Especialidad Sanitaria, incluye en su programa formativo (Orden SAS/1620/2009) la Psicología Clínica Legal y Forense.

En la Administración de Justicia los psicólogos han de considerarse un servicio de apoyo a aquélla con competencia plena en el ámbito de la valoración de las características del ser humano como persona y su conducta, valoración que debe incluir estado emocional, capacidad cognitiva y forma de ser. Por lo tanto, atienden a peticiones a instancias de los jueces, fiscales o de médicos forenses (las solicitan como pruebas complementarias de valoraciones médicas en el ámbito de la clínica). Es por ello por lo que, en general, suelen estar adscritos a decanatos de los juzgados, fiscalías de menores o Institutos de Medicina Legal, aunque dependiendo de la organización de medios personales del Ministerio de Justicia o de cada comunidad autónoma en el ámbito de sus competencias en materia de Justicia.

Así pues, el objetivo del psicólogo forense es realizar una evaluación psicológica sobre un requerimiento judicial previo y emitir informes sobre los extremos solicitados. Esta evaluación psicológica, por lo tanto, tiene sus propias características que la diferencian de otros contextos donde actúa, entre las que podemos destacar:

1. El sujeto no se somete a evaluación voluntariamente.
2. El propio sujeto tiene intereses particulares en función de la situación problema vivida, por lo que nos podemos encontrar que simule, bien intentando mostrar una imagen favorable de sí mismo (p. ej., casos de guarda y custodia), bien exagerando o fingiendo algún tipo de trastorno (en imputabilidades o en víctimas).
3. Nunca va a ser una evaluación dirigida a establecer una intervención o un cambio de conducta del sujeto.

Las herramientas principales con que contamos para evaluar son:

1. La entrevista clínica.
2. La observación conductual.
3. Aplicación de pruebas psicométricas.

ENTREVISTA CLÍNICA

Pretende recoger información del sujeto en diferentes áreas:

- Datos personales.
- Área familiar.
- Área escolar.
- Área social.
- Área laboral.
- Tratamientos psiquiátricos recibidos.
- Terapia psicológica recibida.
- Consumo de drogas.
- Relato de los hechos.
- Vivencia subjetiva de los hechos (a nivel cognitivo, fisiológico y conductual).
- Expectativas de futuro en general, sobre su vida y en cuanto al procedimiento judicial.

Dependiendo del caso objeto de estudio, habrá áreas de la entrevista que nos interese evaluar en mayor profundidad; así, por ejemplo, en el caso de las víctimas de sucesos traumáticos (violencia de género, agresiones sexuales), a través de la entrevista se podrá realizar un análisis funcional de la conducta, si hay conductas desadaptativas y cómo están interfiriendo en la vida diaria de la persona.

Debemos centrarnos en tres aspectos básicos de la persona: cognitivo, fisiológico y conductual.

- *Cognitivo:* es importante analizar la interpretación que esa persona hace de la vivencia de la situación traumática, para detectar posibles pensamientos o ideas negativas del tipo «esto no lo voy a poder superar nunca», «siempre estoy pensando en lo que me ocurrió», «desde que me ocurrió creo que la gente me mira mal», «si hubiera reaccionado de otra manera creo que no me habría pasado», «esto le pasa a muy poca gente y yo soy una de ellas», «si me ha pasado una vez, me puede pasar siempre».
- *Fisiológico:* será necesario evaluar si el sujeto presenta síntomas como dolores de cabeza frecuentes, palpitaciones, sudores y temblores o cualquier otro tipo de dolencia o manifestación física.
- *Conductual:* analizaremos áreas como sueño, conducta alimentaria, manifestación de conductas de tipo compulsivo (lavarse frecuentemente y sin razón, necesidad de revisar con frecuencia si están cerradas puertas y ventanas), evitar ir a ciertos lugares (conductas de evitación), disminución de sus actividades sociales, dejar de trabajar o estar planteándose cambiar de trabajo o uso y abuso de sustancias tóxicas y/o fármacos.

Dependiendo del objetivo de la valoración, habremos de centrarnos más en uno u otro nivel. Así, por ejemplo, en los casos de personas que han sido víctimas de accidentes de tráfico, lo común es que la persona a la que evaluamos se queje de que después del accidente no se puede concentrar, le falla la memoria y le cuesta prestar atención. En la entrevista será necesario recoger in-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

formación sobre cómo se manifiesta la conducta problema (deterioro cognitivo) en su vida diaria y si necesita ayuda para realizar determinadas actividades de autonomía. En caso de que estemos evaluando a una persona imputada de cometer un delito, en la entrevista será necesario centrarse en la recogida de información de su historia de vida en las diferentes áreas (escolar, familiar, social, laboral) y en la valoración e interpretación que hace de los hechos que se le imputan.

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Durante la entrevista clínica y la aplicación de pruebas psicométricas, tenemos la oportunidad de realizar una observación conductual del sujeto evaluado, en la que podemos apreciar: forma de presentarse, estado nutricional y cuidado personal (aseo y arreglo personal), expresión facial, tono de voz, postura, expresión (lenta, rápida, entrecortada), afectividad (si llora, si intenta retener el llanto), si necesita descansos durante la realización de pruebas psicométricas, etc.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Las elegidas deberán ser las que tengan más fiabilidad y validez y que más información puedan aportar al caso objeto de estudio; a modo de ejemplo, las más utilizadas en evaluación psicológica en el contexto forense de los Institutos de Medicina Legal suelen ser:

- *Evaluación de víctimas de agresiones o maltrato:* será necesario utilizar pruebas para valorar síntomas depresivos, ansiedad, fobias, obsesivo-compulsivos, trastorno de estrés postraumático y nivel de autoestima, factores que podemos evaluar con diferentes tests como el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI), la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático (Echeburúa), Autoconcepto (AF5), la Escala de autoestima de Rosemberg, el SCL-90-R (Cuestionario de 90 síntomas) o el Inventario clínico multifásico de Millon (MCMI-II), que evalúa no sólo personalidad, sino también la presencia de síndromes clínicos. Asimismo, es frecuente que se solicite la veracidad del testimonio, para lo cual (como se ve más adelante), si bien con muchas limitaciones, pueden ser de ayuda el análisis de la validez de las declaraciones (SVA) y el análisis del contenido de la declaración basado en criterios (CBCA).
- *Evaluación de víctimas de lesiones:* deberemos utilizar las pruebas de carácter neuropsicológico y psicométrico que puedan detectar deterioro cognitivo, como pueden ser la Batería de Luria, el Test Barcelona, el Stroop, el Test de retención visual de Benton o la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS).
- *Evaluación de imputados:* será necesario utilizar las pruebas psicométricas que determinen su capacidad cognitiva, como WAIS, BETA, TONI-2 o Raven. Sin duda, la WAIS es la que más información ofrece en la evaluación de cociente intelectual (CI) y permite además graduar el retraso mental en leve, moderado o grave. En estos casos también será necesario evaluar la personalidad, y se pueden utilizar pruebas como

16PF-5, MMPI-II o MCMI-II. Entre ellas, el MMPI-II es el que más información da sobre personalidad y el que tiene más escalas de validez del perfil, concretamente siete, y aporta información sobre la actitud de la persona evaluada a la hora de realizar el cuestionario, bien adoptando una actitud de ofrecer una imagen favorable de sí mismo, bien fingiendo o exagerando síntomas.

– *Evaluación de la capacidad de obrar:* de igual forma se suele recurrir a pruebas para evaluar deterioro o evaluación de inteligencia.

Toda la información obtenida a través de entrevista clínica, observación conductual y pruebas psicométricas deberá ser estudiada y analizada para poder llegar a establecer un diagnóstico y conclusiones que den respuesta al objeto de la valoración solicitada. Estas tres herramientas permiten realizar una evaluación integral, más allá de la mera aplicación de test, ya que connota la integración y valoración de la información recogida (Cronbach, 1990).

Siendo imposible desarrollar en este capítulo el ámbito de la psicología forense, nos vamos a centrar en la evaluación psicológica del testimonio, cuya importancia en el terreno de la evaluación psicológica forense deriva de su trascendencia en el ámbito penal, así como de la confusión respecto de las conclusiones o resultados que de ella se pueden obtener. Asimismo, al final, realizaremos una breve descripción de las pruebas más frecuentes de evaluación en psicología forense.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TESTIMONIO

Se puede decir que este tipo de evaluación es específica del contexto forense, es decir, sólo en este contexto se pide al psicólogo que realice este tipo de evaluación, y además es una petición que cada día se demanda más, por lo que se hace necesaria una mayor labor investigadora en este campo.

Normalmente, los juzgados requieren que se realice este tipo de evaluación a un menor presunto sujeto de delito; no obstante, en ocasiones se solicita sobre adultos, casos en que podemos decir que, hoy por hoy, no existe ninguna técnica que cuente con las suficientes garantías de fiabilidad y validez para saber si el testimonio de un sujeto adulto es creíble o no. En estos casos, lo más que se puede realizar es una evaluación para asegurar que la persona no padece ningún tipo de trastorno mental que la incapacite para distinguir entre realidad y fantasía o fabulación, en cuyo caso ha de trasladarse al ámbito de la psiquiatría forense.

Cuando se trata de evaluar la credibilidad del testimonio de un menor que ha sufrido abusos sexuales, la herramienta que más se utiliza en el contexto forense es el SVA y el CBCA que se puede considerar el elemento central del SVA. Los criterios del CBCA se aplican al relato libre del menor; podemos realizar preguntas aclaratorias evitando que sean directas y sugestionables y teniendo en cuenta el período evolutivo del menor. Esta cuestión se aborda a continuación de forma específica.

La detección de la conducta de la mentira ha sido un tema inserto en la investigación psicológica desde la década de los sesenta, con los trabajos pioneros de Goffman (1959) y Ekman y Friesen (1969). Sin embargo, es necesario decir que no existe ningún indicador conductual válido que sirva para detectar claramente cuándo alguien está mintiendo, a no ser que nos dirijamos

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

a la literatura infantil, donde encontramos al tan citado *Pinocho* (Kassin y Wrightsman, 1988, citado en Alonso-Quecuty, 1991; Diges et al., 1995; Alonso-Quecuty, 1999).

A este respecto, en la bibliografía científica existen distintas estrategias o enfoques (Köhnken, 1989):

- Investigaciones que estudian cambios fisiológicos que pueden darse en los sujetos que mienten.
- Signos conductuales de comunicación no verbal como referente para distinguir a las personas que mienten de las que no centrándose fundamentalmente en rasgos expresivos y/o motores de la persona.
- Análisis del contenido de la conducta verbal del sujeto, es decir, de la declaración misma, bajo el supuesto de que las declaraciones reales y las falsas difieren cualitativa y cuantitativamente respecto a ciertos criterios de contenido que conforman el procedimiento conocido como CBCA.

Las críticas al primero y al segundo enfoque surgen debido a que se puede considerar una conducta como «engañosa» cuando en realidad no lo es, ya que los cambios fisiológicos, expresivos o motores que se producen en la persona que miente se deben al estado emocional (Köhnken, 1989; Ekman et al., 1990; Alonso-Quecuty et al., 2000). Cualquier estado emocional en la persona, aun no mintiendo, puede originar dichos cambios –no específicos, por lo tanto– y pueden darse falsos positivos.

Alrededor de 1950, Udo Undeutsch realizó la primera descripción de la Statement Validity Assessment (SVA), que posteriormente fue modificada hasta su forma actual por Steller y Köhnken y Raskin y Esplin (Godoy Cervera et al., 2005). A partir de entonces, el CBCA se constituyó como la herramienta clave de la SVA, que además incluye otras dos herramientas: la entrevista forense y la lista de validez.

Respecto a la entrevista forense, parece ser que facilita el recuerdo libre evitando preguntas directas y sugestionables y facilita el poder discriminativo del CBCA. La lista de validez consiste en tener en cuenta una serie de variables (conducta durante la entrevista, características de la entrevista, consideraciones motivacionales y otras evidencias) destinadas a cualificar el resultado obtenido de la aplicación de los criterios de contenido.

Gran parte del procedimiento del CBCA se basa en la teoría del control de la realidad de Jonson y Raye (1981). Según estos autores, lo que nos permite distinguir entre aquellos de nuestros recuerdos que se corresponden con hechos que realmente hemos percibido (generados externamente) y recuerdos de hechos que sólo hemos imaginado (generados internamente) es que son cualitativa y cuantitativamente diferentes en una serie de criterios. Así, los recuerdos que son fruto de la percepción (generados externamente) incluyen más información contextual (espacial y temporal), más detalles sensoriales y más detalles semánticos. Por su parte, los recuerdos imaginados (generados internamente) resultan de procesos mentales imaginativos y, por lo tanto, incluyen información idiosincrásica del sujeto relativa a operaciones cognitivas o mentales.

En el CBCA, se realiza un análisis de la transcripción de la entrevista forense empleando un conjunto de criterios de contenido, indicadores de que la declaración es producto de un hecho experimentado y no de una fantasía o

sugestión; es decir, la presencia de dichos criterios indica una mayor probabilidad de corresponder a un hecho real.

Aunque el objetivo del CBCA ha sido disponer de un instrumento psicométrico, hoy por hoy es un procedimiento semiestandarizado, basado más en estimaciones clínico-intuitivas que en reglas de decisión formalizadas, pese al esfuerzo actual de los autores (STELLER y KÖHNKEN, 1989) en ese sentido. Así, la aplicación de los criterios de contenido no puede consistir en una suma numérica de criterios presentes en la declaración (tampoco se establecen puntos de corte) y su ponderación, estrategia poco recomendable hasta que la investigación en curso permita determinar cómo proceder (Raskin et al., 1989; Steller et al., 1992; citados en Jiménez, 2001).

Además, no hay que olvidar que el CBCA no es un instrumento que haga de detector de mentiras o falsedades, sino una escala de criterios de veracidad o credibilidad, ya que todos ellos puntúan en sentido «positivo», es decir, su presencia indica veracidad, pero su ausencia no señala falsedad. Por otro lado, existen resultados contradictorios entre los estudios que han tratado de comprobar la fiabilidad y la validez de criterios de contenido (Garrido et al., 2001) utilizando muestras de adultos o de niños, y los resultados son especialmente contradictorios cuando se comparan los estudios de campo y los estudios que utilizan situaciones análogas o de laboratorio (López Cuadrado et al., 2002).

En esta situación, y teniendo en cuenta las posibles consecuencias judiciales de la aplicación del CBCA en los tribunales, parece recomendable alertar de la necesidad de una gran prudencia en las conclusiones que se puedan establecer, al menos hasta que no se realicen más estudios experimentales y de campo que permitan establecer datos más concluyentes y positivos sobre la fiabilidad y la validez del CBCA, ya que hasta ahora sus resultados no son más que una estimación (no prueba irrefutable) de la probabilidad de que una declaración se asemeje a declaraciones basadas en hechos percibidos, aunque obviamente, si la mayor parte de los criterios apuntan en la dirección de credibilidad, dicha información (complementaria a otras evidencias) no debe infravalorarse (López Cuadrado y Zaldívar Basurto, 2002). El análisis de la veracidad de la declaración no cuenta con las propiedades de una técnica psicométrica.

En lo concerniente a las variables de las personas implicadas, se ha realizado mucha investigación sobre sus capacidades cognitivas y el efecto que éstas pueden tener en la exactitud de su testimonio. Sin embargo, algunos autores señalan que la inexactitud puede deberse no sólo a aspectos cognitivos –tales como memoria (codificación, almacenamiento, recuperación), inteligencia, sugestionabilidad, interferencias, habilidades lingüísticas, etc.–, sino también a aspectos motivacionales (Bussey et al., 1993; Köhnken, 1989; Lamb et al., 1994).

En el primer caso, la pregunta sería: «¿el testigo (o sospechoso o víctima) es capaz de ofrecer un testimonio que se ajuste a los hechos?». En el segundo la pregunta es: «¿está dispuesto el testigo (o sospechoso o víctima) a ofrecer un testimonio que se ajuste a los hechos?», o en otras palabras, «¿miente el testigo (sospechoso o víctima)?».

Siguiendo a LAMB, llamaremos «competencia» a la habilidad del interrogado para decir la verdad (aspecto cognitivo) y «credibilidad» a su voluntad para expresar esta verdad (aspecto motivacional).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

EVALUACIÓN DE CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO EN LA AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL

Cuando evaluamos a un menor en cualquier contexto, evidentemente se hace necesario adoptar una postura diferente que cuando evaluamos a un adulto. Es fundamental cómo se acoge y se recibe a ese menor, informarle de quiénes somos de manera adecuada a su desarrollo evolutivo, por qué y para qué está con nosotros. Crear un clima de confianza para que, una vez hechas las presentaciones, podamos pedir al menor que los adultos que lo acompañan esperen fuera mientras nosotros continuamos con la entrevista. Es muy importante que los familiares del menor no estén presentes, así se evita que se pueda sentir coaccionado a relatar los hechos de una determinada manera y también que los adultos puedan interferir en el relato del menor mediante comentarios, miradas al menor, gestos o expresiones.

Evidentemente, no es lo mismo tratar a un menor de 4 o 5 años de edad que a un adolescente de 16 años. Obviamente, con el de menos edad debemos cuidar más la acogida y el recibimiento, e incluso el mobiliario y nuestra forma de vestir (se sentirá menos cómodo en un despacho lleno de archivadores y papeles encima de la mesa y muebles de colores oscuros que en un despacho donde haya colgados en la pared dibujos de otros niños, la mesa esté libre de carpetas, la silla sea cómoda y a su altura, etc.).

En la evaluación del abuso sexual infantil es muy importante entrevistar al adulto al que el menor reveló los abusos para detectar si, en el momento de la revelación, el adulto, ya sea intencionadamente o no, pudo introducir información sobre algún detalle que pueda distorsionar la memoria del menor.

Berliner y Elliot (1996) definieron el abuso sexual infantil como actividad sexual con un niño cualquiera en que se emplee la fuerza o la amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que el niño comprenda la naturaleza sexual de la actividad. Ésta puede incluir penetración, tocamientos o actos sexuales que no impliquen contacto, como la exhibición o el voyerismo.

El contacto sexual entre un adolescente y un niño más pequeño también se puede considerar abusivo cuando haya una disparidad significativa de edad (5 o más años) o de desarrollo.

En la gran mayoría de los casos de abuso sexual infantil, la única prueba con que se cuenta es la propia declaración del menor y un sistema de Administración de Justicia que nos exige determinar si el testimonio del niño es verdadero o falso.

La evaluación pretende determinar la veracidad de las declaraciones del menor. Se utiliza el CBCA, elemento central de la SVA, pese a que su objetividad deja bastante que desear, como muestran los resultados experimentales de la mayoría de los estudios realizados, los cuales dan constancia de que tiene un sesgo hacia la confirmación de las declaraciones. Steller (1989) justifica dicha tendencia al decir: «El análisis de las declaraciones se desarrolló para corroborar los testimonios infantiles cuando éstos por lo general se consideraban carentes de fiabilidad, no como método para detectar alegaciones falsas».

La base de esta técnica es lo que Steller (1989) denominó «Hipótesis de Undeutsch»: «las descripciones de eventos que realmente hayan sucedido difieren

en contenido, calidad y expresión de los hechos que son fruto de la imaginación». Es decir, aquello que contamos tras haberlo percibido difiere de lo que contamos sin antes haberlo vivido.

La evaluación de la credibilidad implica determinar si el niño pudo haber sufrido los abusos de los que dice que fue objeto, mientras que la evaluación de la validez de las alegaciones implicaría establecer hasta qué punto informó de lo que realmente experimentó y el grado en que determinadas influencias externas pueden haber impactado en sus alegaciones y recuerdos. Mientras que las cuestiones relativas a la credibilidad de la alegación del niño suelen ser fáciles de abordar, las de la validez a menudo tienen que abordarse mediante un proceso de eliminación, descartando influencias externas en la reconstrucción del suceso por el niño (Cantón Duarte et al., 2000).

ANÁLISIS DEL CONTENIDO BASADO EN CRITERIOS

Características generales del contenido

1. Coherencia lógica

Diferentes e independientes detalles del testimonio describen los mismos acontecimientos. Los detalles se pueden combinar sin discrepancias ni incoherencias. Pero pueden aparecer circunstancias inusuales aunque la coherencia lógica se mantenga.

2. Producción no estructurada

El testigo suele describir los elementos del suceso en secuencias no continuas ni en orden cronológico. Hay que considerar especialmente las limitaciones de la capacidad cognitiva del testigo (menores, discapacidad intelectual y el efecto del estrés de la situación de evaluación o del suceso).

3. Cantidad de detalles

Es un criterio puramente cuantitativo, aunque difícil de operativizar. Una cantidad de detalles sobre el lugar, las personas, los sucesos, las circunstancias, es un buen indicador de credibilidad. Especialmente, si son sensoriales y algunos comprobables.

Contenidos específicos

Aluden a partes muy concretas de la declaración y el énfasis se sitúa en lo cognitivo (el niño que inventa una historia no sería capaz de incluir en su declaración los contenidos y cualidades que se describen en los criterios de esta categoría y la siguiente, dado que esto estaría por encima de sus capacidades cognitivas).

4. Engranaje contextual

Los sucesos reales tienen lugar en una realidad espaciotemporal concreta. Hay que prestar atención a las interrelaciones espacio-tiempo, a las circunstancias externas en que está entretejido el acontecimiento (sucesos diarios, hábitos, familia, conocidos). La declaración debe encajar en un contexto espaciotemporal concreto (anclaje del acontecimiento en la totalidad de la situación).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

5. Descripción de interacciones
Acciones y reacciones mutuas entre testigo y agresor y/o alguien más que estuviera presente. Tiene que haber tres elementos: acción A, reacción B a la acción A y respuesta C a la reacción B.

6. Reproducción de conversaciones
No basta un burdo relato del contenido del diálogo, sino que exige una réplica virtual de las palabras de una persona al menor. Hay que tener la sensación de que el testigo vuelve a vivir el contexto verbal de la situación empleando el habla y el vocabulario de otros.

7. Complicaciones inesperadas durante el incidente
Interrupciones imprevistas, problemas inesperados, dificultades en la terminación espontánea del suceso: alguien que llama a la puerta, dificultad para bajar una cremallera, uno resbala y cae, etc.

Peculiaridades del contenido

Características que aumentan la concreción y la viveza del testimonio. Mientras que la anterior era cuantitativa (cuantificar detalles), ésta es fundamentalmente cualitativa (si los detalles se apartan de lo esperado).

8. Detalles inusuales
Detalles sobre personas, objetos o sucesos que sean chocantes, pero plausibles, no irreales.

9. Detalles superfluos
Detalles narrados con precisión, pero que no tienen que ver con el desarrollo del incidente sexual y no contribuyen directamente a la denuncia. Por ejemplo: «Entró en la habitación y echó al gato, porque tiene alergia».

10. Detalles narrados con precisión pero malinterpretados
El niño describe con exactitud acciones o detalles que no comprende, pero que sí son comprensibles para el entrevistador: descripción de la eyaculación por un niño pequeño, interpretar el semen como orina, confundir los gemidos durante la actividad sexual con el dolor. Se encuentra poco presente, pero es uno de los criterios de mayor peso. Sólo válido con niños muy pequeños o con muy pocos conocimientos sexuales.

11. Asociaciones externas relacionadas
Narración de conversaciones referidas a otros sucesos o referencias a otros acontecimientos de tono sexual que tuvieron lugar aparte del incidente específico: «La víctima cuenta que el acusado le había hablado antes de las mujeres con que había ido».

12. Alusiones al estado mental subjetivo
Descripción de sentimientos y cogniciones de la víctima y/o testigo del incidente (lo que sintió o pensó). Algunos destacan también el valor de que el niño señale la evolución y los cambios emocionales durante el transcurso del inci-

dente. No se cumple este criterio cuando se hacen estas alusiones en respuesta a una pregunta directa.

13. Atribución de estado mental al autor del delito
El niño atribuye pensamientos, emociones y motivos al acusado.

Contenidos referentes a la motivación

«¿Estaría el niño dispuesto a inventar esta alegación?». Se trata de fijarnos en si el niño menciona detalles que, en principio, se podrían interpretar en su contra. El problema es que el niño que cuenta la verdad también puede pensar que van en su contra y procure evitarlos. Los criterios relacionados con la motivación pueden ser tan escasos en las declaraciones verdaderas como en las inventadas.

14. Correcciones espontáneas
El niño espontáneamente se corrige a sí mismo u ofrece explicaciones nuevas o más claras.

15. Admisión de falta de memoria
Cuando se le solicite información específica, la admisión de falta de memoria no debe limitarse a un «no me acuerdo» o un «no lo sé», sino que debería decir, por ejemplo, «lo olvidé todo sobre eso, menos la parte en que estábamos en el coche» o «no sé cómo empezó la cosa» y pasa a narrar lo que sí recuerda del acontecimiento.

16. Plantear dudas sobre el propio testimonio
El niño que dice la verdad puede reconocer lo poco plausible de acusar a un adulto aparentemente respetable: «Esto es tan extraño y el señor X parece tan buena persona que pensé que nadie me creería, así que no quise contárselo a mi madre».

17. Autodesaprobación
Confesión de conducta impropia o errónea: «Puede que fuera culpa mía; si no hubiera ido, esto nunca habría pasado». Este criterio no ha sido respaldado por ningún estudio empírico.

18. Perdonar al autor del delito
Sentimientos positivos o ambivalentes hacia el agresor, sobre todo cuando es familiar o próximo a la familia, intentando minimizar los problemas derivados de la acusación. El niño minimiza la gravedad del abuso o disculpa la conducta del agresor: «¿Va a ir a la cárcel?», «no quería hacerme daño», «estaba muy borracho y al día siguiente parecía muy triste».

19. Detalles característicos de la ofensa
Descripciones que contradicen las creencias comunes sobre la forma en que se producen los abusos sexuales a menores.

En todo caso, en la evaluación psicológica del menor siempre ha de tenerse en cuenta la capacidad cognitiva de éste, su desarrollo evolutivo, si tiene alteraciones conductuales o no, los hábitos familiares y las conductas sexuales adecuadas a su edad.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Con respecto al relato de situaciones vividas, éste se ve influido por las propias capacidades cognitivas del menor, así por ejemplo:

- Es a partir de los 3 años cuando empiezan a poder informar sobre detalles de experiencias personales.
- Con respecto a la cantidad de información recordada, mientras que en un niño de 3 años pasadas 1-3 semanas del suceso la información disminuye, en el niño de 6 años se mantiene.
- Con la edad se van adquiriendo estrategias que les permiten mejorar su capacidad para recordar sucesos e información.
- Los más pequeños tienden a realizar descripciones de sus experiencias más breves que los adultos.
- Los más pequeños probablemente tengan dificultad con la conceptualización de acontecimientos complejos, la identificación de relaciones, el reconocimiento de sentimientos, la atribución de intenciones y la traslación de recuerdos a descripciones verbales.
- El grado de exactitud de cómo los niños informan sobre acontecimientos que han experimentado varía dependiendo de la complejidad cognitiva de la situación, las características de ocurrencia del suceso (tiempo transcurrido), las circunstancias en que se pide información (tipo de preguntas), aspectos emocionales y sociales y la capacidad cognitiva y comunicativa de cada niño (según su edad).
- Con relación al lenguaje, los niños pequeños poseen un vocabulario limitado y menos descriptivo que los menores de otras edades. Tienden a dar explicaciones breves, con escasa información, sin adjetivos y con pocos o ningún adverbio. La frase con sujeto, verbo y predicado es la que mejor comprenden. Utilizan el lenguaje de modo muy literal y los pequeños están incrustados en su medio familiar, sus respuestas están ligadas a su contexto experiencial y tienen que ver con el aquí y ahora.

Observaciones con respecto al lenguaje que los entrevistadores han de tener presentes:

- Se han de utilizar nombres concretos en vez de genéricos (perro en vez de animal).
- Cuidar el uso de pronombres y determinadas preposiciones con preescolares. Uso muy limitado según la edad.
- Las preguntas que pueden contestar en primer lugar son quién, qué y dónde. En segundo lugar, cuándo y cómo. No se debe preguntar por qué.
- Utilizar tiempos verbales simples y presentes, mejor que pasados y futuros. No usar la voz pasiva.
- No usar varias frases en una misma pregunta.
- Hacia la edad de 5 años es cuando comprenden bien los términos nunca, siempre y algunas veces. Antes de los 6 años no manejan el concepto de más; es preferible utilizarlo acompañado: «más de una vez».
- Suelen confundir los términos entre y dentro.
- Tienden a contestar negativamente cuando se introducen los pronombres tales como alguien o algo.
- La capacidad para responder sobre la hora del día surge hacia los 7 u 8 años.

– Hasta después de los 9-10 años, no hay estimaciones fiables de tamaños, peso, altura, distancias o conceptos relacionales (más grande frente a pequeño, viejo y joven, antes frente a después).
– Hasta los 9 años no son capaces de contar una historia de modo secuenciado en recuerdo libre.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS EN PSICOLOGÍA FORENSE

ADULTOS

STAI: Cuestionario de ansiedad estado/rasgo

Autores: C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene (1970).

Adaptación española: Nicolás Seisdedos. Técnico del departamento de I+D de TEA Ediciones, S.A.

Aplicación: Adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y los enunciados del cuestionario.

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

EAE: Escalas de apreciación del estrés

Autores: J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles (1992).

Aplicación: Adultos de 18 a 85 años, individualmente y en grupo.

Esta batería de escalas sobre el estrés ha sido diseñada con el objetivo de conocer el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los individuos. Consta de cuatro escalas independientes que tienen en común el objetivo de analizar la incidencia y el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los sujetos:

– EAE-G: Escala general de estrés.
– EAE-A: Escala de acontecimientos estresantes en ancianos.
– EAE-S: Escala de estrés sociolaboral.
– EAE-C: Escala de estrés en la conducción.

Las categorías de análisis son:

– Presencia o ausencia del acontecimiento estresante en la vida del sujeto.
– Intensidad con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes.
– Vigencia del acontecimiento estresante; si ha dejado de afectarle (P) o si todavía le afecta (A).

AF5: Autoconcepto forma 5

Autores: F. García y G. Musitu (1999).

Aplicación: alumnos de 5.º y 6.º de EPO, ESO, BUP, universitarios y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

El término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación (Musitu et al., 1988). El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

experiencia y se consideran como positivas o negativas. El concepto de autoestima se presenta como una conclusión final del proceso de autoevaluación. El AF5 evalúa cinco dimensiones (social, académica/profesional, emocional, familiar y física) con seis ítems cada una procurando obtener la máxima información relevante con el mínimo número de ítems.

BDI: Inventario de depresión de Beck

Autores: Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979.

Consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas.

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

Autores: Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarausa, 1997.

Es una escala de evaluación que se aplica en forma de entrevista estructurada y sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV.

SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas

Autor: Leonard R. Derogatis.

Adaptación española: J.L. González de Rivera, C. De las Cuevas, M. Rodríguez Abuín y F. Rodríguez Pulido.

Aplicación: adolescentes y adultos.

Cuestionario breve que suministra un perfil de dimensiones sintomáticas primarias de salud mental, índices generales e información de síntomas discretos.

MCMI-II: Inventario clínico multiaxial de Millon-II

Autor: T. Millon, 1997.

Adaptación española: Alejandro Ávila Espada.

Aplicación: a partir de 18 años.

Sus 175 elementos de respuesta verdadero-falso evalúan las siguientes escalas: cuatro de fiabilidad y validez, diez básicas de la personalidad, tres de personalidad patológica, seis síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes de gravedad severa.

16PF-5: Cuestionario factorial de personalidad

Autores: Raymond B. Cattell, A. Karen, S. Cattell y Heather E.P. Cattell, 1994.

Adaptación española: Nicolás Seisdedos Cubero.

Aplicación: a partir de 16 años.

Evaluación de 16 escalas primarias y cinco dimensiones (factores) globales de la personalidad en sujetos normales.

MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2

Autores: S.R. Hathaway y J.C. McKinley, 1970.

Adaptación española: Alejandro Ávila Espada y Fernando Jiménez Gómez.

Aplicación: adultos.

Es un test diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Se requiere un nivel de comprensión lectora de 2.º de ESO, así como un nivel satisfactorio de cooperación y compromiso para responder al cuestionario completo. El test proporciona controles internos en el caso de que estos requisitos generales no se satisfagan.

WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III

Autor: David Wechsler, 1955.

Adaptación española: Nicolás Seisdedos, Sara Corral, Agustín Cordero, M.V. de la Cruz, M.V. Hernández y Jaime Pereña.

Aplicación: de 16 a 94 años.

Instrumento para la evaluación de la capacidad intelectual. Nueva versión, completamente revisada y actualizada de la prueba más importante de evaluación de la inteligencia, con nuevos elementos y amplios baremos.

La WAIS-III incluye los 11 test de WAIS y tres nuevos: matrices, búsqueda de símbolos y letras y números. Permite obtener los clásicos CI (verbal, manipulativo y total) y cuatro índices específicos: comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y velocidad de proceso.

TONI-2: Test de inteligencia no verbal

Autores: Linda Brown, Rita J. Sherbenou y Susan K. Johnsen, 1990.

Adaptación española: M. Victoria de la Cruz.

Aplicación: sujetos con edades comprendidas entre 5 y 85 años.

Apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje. Medida del funcionamiento intelectual mediante la evaluación de la capacidad para resolver problemas abstractos de tipo gráfico eliminando la influencia del lenguaje y de la habilidad motriz.

BETA II-R: Instrumento no verbal de inteligencia

Autores: C.E. Kellogg y N.W. Morton.

Traducido por: México DF-Santafé de Bogotá: El Manual Moderno.

Es un instrumento psicométrico diseñado para medir las capacidades intelectuales generales de las personas relativamente analfabetas o de las personas con dificultades con el idioma en el país. Proporciona una estimación general de la capacidad intelectual, expresada mediante un CI.

MMSE: Examen cognoscitivo Mini-Mental

Autores: M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Mchugh y G. Fanjiang, 1975.

Adaptación española: A. Lobo, P. Saz y G. Marcos.

Aplicación: adultos.

Detección rápida del deterioro de las funciones cognoscitivas.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Test Barcelona: Programa integrado de exploración neuropsicológica

Autor: J. Peña Casanova, 1990.

Aplicación: a partir de 20 años.

Valoración neuropsicológica general. Representa una sistematización de la exploración neuropsicológica, realizada a partir de métodos clásicos, de métodos presentes en la literatura especializada y de pruebas de diseño original. El programa implica la suma de todos los datos del paciente: historia clínica, observaciones de conducta, datos aportados por los test, datos neurológicos y datos de exploraciones complementarias. El test está formado por 42 subtest que evalúan diversos aspectos.

LURIA-DNA: Diagnóstico neuropsicológico de adultos

Autores: L. Christensen, D. Manga y F. Ramos.

Aplicación: adultos.

Instrumento para el examen neuropiscológico. Explora de forma sistemática una completa gama de funciones y habilidades: área visuoespacial, área de lenguaje, área de memoria, área de procesos intelectuales, atención.

TRB: Test de retención visual de Benton

Autor: A.L. Benton, 1955.

Adaptación española: Agustín Cordero Pando y M.V. de la Cruz López.

Aplicación: sujetos de 8 años en adelante.

El test de retención visual de Benton es un instrumento clínico de investigación, diseñado para evaluar la percepción visual, la memoria visual y las habilidades visuoconstructivas.

NIÑOS Y ADOLESCENTES

TAMAI: Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil

Autor: P. Hernández Hernández, 1990.

Aplicación: de 8 años a adultos.

Evaluación de la inadaptación personal, social, escolar y familiar y de las actitudes educadoras de los padres.

ESPQ: Cuestionario de personalidad para niños

Autores: R.W. Coan y R.B. Cattell, 1966.

Adaptación española: Nicolás Seisdedos Cubero.

Aplicación: niños de 6 a 8 años.

Evaluación de 13 factores primarios de personalidad. Se pueden obtener también dos factores básicos secundarios. El cuestionario comprende dos partes que debe leer el aplicador; los sujetos anotan sus respuestas en una hoja especial de diseño sencillo y ameno.

CPQ: Cuestionario de personalidad para niños

Autores: R.B. Porter y R.B. Cattell, 1959.

Adaptación española: Ignacio Dendaluce Segurola, Agustín Cordero Pando y Nicolás Seisdedos Cubero.

Aplicación: niños de 8 a 12 años de edad.

Evaluación de 14 dimensiones primarias de la personalidad. Es un cuestionario de 140 ítems divididos en dos partes y para realizarlo se necesitan dos sesiones de 40 minutos aproximadamente cada una.

HSPQ: Cuestionario de personalidad para adolescentes

Autores: R.B. Cattell y M.D. Cattell, 1968.

Adaptación española: Ignacio Dendaluce Segurola, Agustín Cordero Pando y Nicolás Seisdedos Cubero.

Aplicación: sujetos de 12 a 18 años de edad.

Evaluación de 14 factores primarios de la personalidad. Pueden obtenerse cuatro factores básicos secundarios.

STAIC: Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños

Autor: C.D. Spielberger, 1973.

Adaptación española: Nicolás Seisdedos Cubero.

Aplicación: niños de 9 a 15 años de edad.

Autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes como estado transitorio y como rasgo latente. La prueba consta de dos partes, con 20 elementos en cada una, mediante las cuales el sujeto puede expresar «cómo se siente en un momento dado» (ansiedad estado) y «cómo se siente en general» (ansiedad rasgo).

CMAS-R: Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada)

Autores: R. Reynolds y O. Richmond, 1985.

Traducido por: Fayne Tinajero Esquivel. México DF-Santafé de Bogotá: El Manual Moderno.

Aplicación: de 6 a 19 años de edad.

Se trata de un cuestionario autoaplicable diseñado para determinar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y los 19 años de edad. La totalidad de las puntuaciones dan el índice de ansiedad total, pero también proporcionan cuatro calificaciones adicionales: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y una escala de falsedad/mentira.

WISC-R: Escala de inteligencia de WECHSLER para niños (revisada)

Autor: D. Wechsler, 1974.

Adaptación española: M. Victoria de la Cruz López y Agustín Cordero Pando.

Aplicación: niños de 6 a 16 años.

Medida de los aspectos cuantitativo y cualitativo de la inteligencia. Esta escala es una versión modificada y actualizada de la WISC.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología de la conciencia y la atención

12

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Conciencia 131
Concepto de conciencia 131
Trastornos de la conciencia 132
Alteraciones del grado de conciencia 132
Alteraciones de la orientación 133
Atención 135
Concepto de atención 135
Trastornos de la atención 136
Alteraciones del grado de atención o cuantitativas 136
Alteraciones cualitativas 137

CONCIENCIA

CONCEPTO DE CONCIENCIA

Etimológicamente conciencia procede del latín *con scientio* (con conocimiento). La Real Academia Española de la Lengua (2001) la define como la «propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta, conocimiento interior del bien y del mal, conocimiento reflexivo de las cosas, actividad mental a la que sólo puede tener acceso el propio sujeto o, en psicología, el acto psíquico por el que un sujeto se percibe a sí mismo en el mundo».

Existe, pues, lo que algunos autores han denominado doble dimensión de la conciencia: la capacidad de reconocerse a uno mismo, lo que implicaría el reconocimiento de sus propios actos y pensamientos (conciencia del propio yo o del mundo interior), y la capacidad de conocer el entorno (conciencia del mundo exterior).

Las teorías psicológicas, y como máximos representantes los psicoanalistas, definen la conciencia como «lo opuesto al inconsciente», mientras que los seguidores de las teorías biológicas afirman que la conciencia tiene una relación con un sustrato orgánico, neurofisiológico y, por lo tanto, desde este punto de vista, la característica principal es el nivel de conciencia (vigilia-coma). Ya sea desde el punto de vista del psicoanálisis o de las teorías biológicas, la conciencia se puede definir como «la función psíquica que nos permite obtener infor-

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

mación de lo que nos rodea o de nosotros mismos, o la función psíquica que nos permite estar despiertos recibiendo una determinada información, ya sea de nuestro mundo circundante o de nuestro propio mundo interno».

De esta forma, la conciencia precisa de:

- Un nivel (despierto o consciente).
- Conocimiento de nosotros mismos, del yo personal.
- Conocimiento del mundo que nos rodea.
- Establecer una relación entre pasado, presente y futuro, orientación en el tiempo.
- Conocer nuestra ubicación, orientación en el espacio.

Pero, además, la conciencia es la función psíquica de base para el resto de las funciones psíquicas, pues éstas no pueden realizarse sin que nuestro cerebro esté «despierto»; es preciso un cierto nivel de conciencia para que puedan llevarse a cabo las demás funciones.

Según STÖRRING, la conciencia es la función que integra los datos psíquicos de tipo objetivo, intelectual y emocional de una totalidad, relacionando el pasado con el presente y el futuro, y en esta integración individuo-tiempo-espacio les da una significación llena de valor y sentido (Marcó Ribé, Martí Tusquets, Pons Bartrán, 1990).

Por lo tanto, al hablar de conciencia se ha de distinguir entre nivel de conciencia, más relacionado con las teorías biológicas, y orientación, más en relación con las teorías psicoanalíticas. A su vez, la orientación se divide en autopsíquica, que es la conciencia de uno mismo, de su identidad como persona, de lo que es y quién es, y alopsíquica, o conciencia del tiempo y el espacio. Así, un sujeto es plenamente consciente cuando se halla despierto (nivel de conciencia) y conoce su propia identidad y existencia y la fecha y el lugar en el que se encuentra (orientación).

Un tercer término manejado es «campo de conciencia», en relación con la conciencia como facultad de recibir información del mundo circundante y referida a la mayor o menor extensión de ese mundo circundante que en un momento dado puede captarse. En condiciones normales una persona es consciente de lo que le rodea, si bien, en determinadas ocasiones y por diversos motivos, ese campo de conciencia puede verse estrechado y se es capaz de percibir sólo una parte de ese mundo circundante.

TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA

Se pueden dividir, según lo expuesto, en «alteraciones del grado de conciencia» y «alteraciones de la orientación».

Alteraciones del grado de conciencia

Se dividen, a su vez, en trastornos en que se produce una disminución en intensidad del grado y el campo de conciencia, que pueden denominarse negativos, y los trastornos por aumento de su nivel o del campo de la conciencia, denominados positivos.

Trastornos de tipo negativo

- *Confusión mental:* se suele presentar tanto en procesos orgánicos como funcionales y se caracteriza por la desorientación autopsíquica y alopsíquica del paciente.
- *Obnubilación:* es la disminución ligera del nivel de conciencia que se traduce en lentificación y entorpecimiento general de las funciones psíquicas y aumento del umbral de excitación para estímulos externos. También se llama embotamiento de la conciencia, que se define como el estado de conciencia que es vigil, pues permite estar en relación con el mundo exterior, pero es difícilmente abordable por la baja intensidad del grado y la poca extensión de su campo.
- *Estupor:* se define como la alteración de índole emocional del estado de conciencia en el que hay una inhibición de las funciones psíquicas. Se presenta en cuadros orgánicos, histéricos y en la catatonia. Va precedido siempre de un intenso estímulo afectivo.
- *Coma:* es el estado de nula conciencia, con ausencia de respuesta a estímulos externos e internos, por intensos y duraderos que sean éstos. El sujeto se encuentra desconectado del mundo interior y exterior y mantiene funciones orgánicas puramente vegetativas. Se debe generalmente a traumatismos craneoencefálicos (TCE) y estados de intoxicación.

Trastornos de tipo positivo

- *Hipervigilancia:* se define como el estado en que hay un aumento del nivel de conciencia, que suele llevar asociada una hiperproductividad psíquica. Se habla de seudohipervigilancia cuando este estado está producido por un agente externo, que generalmente es de origen tóxico. Son típicos los producidos por el consumo de LSD, anfetaminas o cocaína. Se caracterizan porque su duración es breve y directamente proporcional al efecto del tóxico.

Alteraciones de la orientación

Alteraciones de la orientación autopsíquica

Trastornos de la conciencia del propio cuerpo

- *Anosognosia:* es la incapacidad de reconocer una enfermedad como propia; cuando se trata de parálisis conlleva la falta de reconocimiento de las extremidades paralizadas. Así, por ejemplo, en el síndrome de Anton-Babinsky hay una incapacidad del sujeto para reconocer como propias las extremidades paralizadas. Las anosognosias suelen asociarse a lesiones orgánicas cerebrales.
- *Conciencia de la extremidad fantasma:* consiste en una percepción cinestésica de la existencia de la extremidad amputada. Suele llevar asociados generalmente unos dolores intensos hasta la formación completa del muñón de amputación; intervienen en ello factores neurológicos y vasculares.
- *Asomatognosia:* es una vivencia delirante del paciente cuyo contenido es que ha desaparecido su cuerpo. Se da en los delirios de negación, cuyo ejemplo más demostrativo es el síndrome de Cotard.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Autoscopia:* el propio cuerpo se percibe en el mundo exterior como un doble de sí mismo. El sujeto se ve situado en el mundo exterior, desde el que observa su propio cuerpo y su entorno. Es frecuente en la esquizofrenia y podría considerarse un trastorno de la percepción (alucinación o seudoalucinación).
– *Desplazamiento:* en la conciencia del sujeto alguna parte de su cuerpo está fuera de él o puede pertenecer a otra persona.

Trastornos de la conciencia del yo psíquico

– *Cambios de identidad:* el paciente no reconoce su propia identidad y adopta otra; es común la adopción de identidades de famosos o de un dios, un ángel, etc. Es realmente una vivencia delirante (trastornos del contenido del pensamiento) y suele ser frecuente en los brotes o fases de descompensación de la psicosis esquizofrénica.
– *Personalidad alternante:* el paciente recuerda alternativamente etapas de su vida, pero no las relaciona entre ellas, y se comporta de modo distinto según viva uno u otro tipo de recuerdos.
– *Despersonalización:* el paciente siente estar cambiado y no ser el mismo de antes; a su vez se divide en: desdoblamiento de la personalidad o doble personalidad, desidentificación de la personalidad y personificación.

Alteraciones de la orientación alopsíquica

– *Desrealización:* se puede definir como la situación en que el mundo circundante aparece como extraño, cambiado y amenazante. Según CONRAD va precedida de una primera fase muy angustiosa denominada trema, que es una sensación de que algo va a ocurrir, por lo que se considera un delirio (alteraciones del contenido del pensamiento).
– *Síndrome confusional:* es el trastorno en que disminuye la luminosidad del campo de conciencia, junto con una desorientación temporoespacial, acompañados generalmente de un cuadro de agitación con alucinaciones.
– *Delírium:* es un síndrome en el que coexisten alteración de la forma o el curso del pensamiento con pensamiento incoherente, alteraciones en el contenido del pensamiento de tipo delirante, alteraciones de la percepción tipo alucinaciones, actividad psicomotora desordenada, manifestaciones neurovegetativas (con hipertermia, taquicardia, temblor y sudoración profusa) y desorientación temporoespacial, total o parcial. Es típico el delírium trémens de la fase de abstinencia del alcohol etílico.
– *Estado crepuscular:* es aquel en que se produce una focalización en una parcela del campo de conciencia; además, en este campo focalizado, hay zonas oscuras y claras; parte del campo de la conciencia se encuentra en un estado confuso, mientras que el resto permanece intacto. Son característicos los estados crepusculares epiléptico, postraumático, tóxico y disociativo (histéricos).

A efectos prácticos también puede establecerse una clasificación de las alteraciones de la conciencia atendiendo a su génesis, la causa que las produce. De esta forma se pueden dividir en:

1. Alteraciones o trastornos de tipo endógeno:
   - *De naturaleza física:* son los estados de coma o confusionales por causas metabólicas, infartos cerebrales, trombosis, estados febriles por fallos del sistema de termorregulación, etc.
   - *De naturaleza psíquica:* es difícil hallar un estado de alteración de la conciencia y/o atención puro, ya que suelen ir asociados a determinados trastornos mentales como la esquizofrenia (fallo de la orientación temporoespacial), los estados crepusculares en la epilepsia, episodios de angustia psicosomática, depresiones, episodios de manía franca, etc.
2. Alteraciones o trastornos de tipo exógeno:
   - *Traumáticas:* coma por TCE, psicosis confusionales (denominadas clásicamente reacciones exógenas de Bonhöeffer), síndromes de estrés postraumático, etc.
   - *Tóxicas:* quizá las más clásicas en la medida en que pueden reproducir cualesquiera de los grados de alteración de la conciencia, desde la atenuación o la confusión hasta el coma. Cualquier tóxico puede conducir a ello; destacan, por frecuencia de uso, el alcohol etílico y las drogas de abuso.
   - *Infecciosas:* cuadros de encefalitis, meningitis, estados febriles, etc.
   - *Físicas:* hipotermia por frío, golpes de calor, insolaciones, encefalitis o meningitis por radiaciones ionizantes.
   - *Vivenciales o psíquicas:* reacciones anormales por vivencias (reacciones confuso-oníricas, reacciones histeroansiosas), desarrollos anormales por vivencias (desarrollos paranoides por aislamiento, carcelarias, profesionales —la clásicamente denominada «paranoia de los maestros de escuela de Specht»—), estados emocionales intensos, etc.

ATENCIÓN

CONCEPTO DE ATENCIÓN

Es la función psíquica que permite a la persona centrarse en un objeto o un estímulo, ya sea dentro o fuera del cuerpo. Depende de estímulos internos y externos. En definitiva, permite centrarse en un objetivo concreto, es decir, focalizar una parcela de todo el campo de la conciencia, fijarse en ella y tener conocimiento de lo que en ella ocurre. De esta forma, conciencia y atención guardan una estrecha relación, pues ésta es la focalización de aquélla sobre un objeto o estímulo dados.

Dependiendo de cada escuela, la atención, como función psíquica, tiene más o menos interés y reconocimiento como función independiente o relacionada con la conciencia; de igual forma, varían los procedimientos o métodos de estudio. De esta forma, la fenomenología mantiene que la atención tiene importancia por su relación con la conciencia, mientras que el psicoanálisis señala que la atención está mediatizada por factores afectivos fundamentalmente inconscientes. En el extremo opuesto se encuentran los conductistas, quienes afirman que no tiene sentido el estudio de la atención, ya que se relaciona directamente con la conciencia, que no es observable y, por lo tanto, no se puede estudiar.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

La atención depende de una serie de determinantes, dependientes unos del mundo exterior (o del estímulo en sí) y otros del propio sujeto:

1. *Estructura de los estímulos externos.* Fueron muy valorados por la Psicología de la Gestalt, para quienes la atención no era más que un proceso secundario condicionado por la organización del campo percibido y por las leyes que rigen la percepción. La estructura de los estímulos depende a su vez de:
   – Fuerza o intensidad del estímulo, de modo que cuanto mayor sea ésta, más captará la atención del sujeto en comparación con otras.
   – Novedad del estímulo, es decir, sus diferencias respecto a otros. De la misma forma que en el caso anterior, cuanto más novedoso sea, más se captará.
   – Organización estructural del campo percibido: cuando más ordenado u organizado, mejor se percibe.
2. *Estructura del campo interno.* En contraposición a la Gestalt, Ribot y Wundt afirmaron que la afectividad tenía un papel primordial en la génesis de la atención, y que ésta no era otra cosa más que un proceso de focalización y concentración de la conciencia, independiente de los factores externos. Entre los factores capaces de modificar este campo interno, estos autores citaban las necesidades, los intereses y las disposiciones.

TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN

Alteraciones del grado de atención o cuantitativas

1. *Hipoprosexia:* es una alteración cuantitativa por defecto, en la que se produce una disminución variable (en mayor o menor grado) de la capacidad de atención. Su grado máximo es la aprosexia o incapacidad de prestar atención, que son síntomas secundarios a alteraciones afectivas y/o del nivel de conciencia. Es frecuente su aparición en cuadros psicóticos en general, y en particular en la esquizofrenia, el autismo y los estados de estupor, entre otros. Cuando esta falta de atención se produce como consecuencia de una imposibilidad de «tomar conciencia» del campo perceptivo (alteraciones de la conciencia), se denomina seudoaprosexia. En ocasiones no se trata de una verdadera aprosexia o hipoprosexia, sino que el déficit de atención es aparente porque ésta está centrada en algo muy concreto, de tal forma que el sujeto parece carente de atención para todo lo demás. No suele tener un valor patológico, y es resultado de la concentración, es decir, focalizar de forma voluntaria la atención hacia algo concreto (una tarea que se realiza, una conversación que se mantiene, etc.), o bien de la focalización de la atención de forma involuntaria por la atracción que para un sujeto produce un estímulo percibido en un momento dado (quedarse «embobado», «extasiado», «ensimismado», «boquiabierto», etc.).
2. *Hiperprosexia:* es un trastorno cuantitativo por exceso, en el que se produce una focalización excesiva de la atención, intensa y transitoria. Es frecuente que suceda en el transcurso de una fase maníaca o por la ingesta de tóxicos.

Alteraciones cualitativas

1. *Distraibilidad:* es la inestabilidad de la capacidad para prestar atención, en que ésta se desvía con facilidad de un foco hacia otros. No suele tener significación psicopatológica a no ser que sea permanente e importante. Puede producirse de forma patológica por daño orgánico cerebral de origen traumático o tóxico; también puede presentarse en la esquizofrenia.
2. *Paraprosexia:* la atención se dirige de forma anómala hacia otro foco diferente del que produce el estímulo principal o bien hay un desfase temporal entre el estímulo percibido y el momento en que se le presta atención. No hay inestabilidad como en la distraibilidad, sino focalización anómala en un momento dado o retardo de atención. Suele presentarse en la esquizofrenia, el trastorno delirante paranoide o los trastornos mentales orgánicos (de origen traumático o tóxico). En ocasiones, su origen no es patológico, sino mínimo o nulo interés del estímulo para el sujeto (lo considera aburrido o nimio).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología de la memoria

13

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de memoria 139
Bases neurofisiológicas de la memoria 141
Teorías neurológicas 141
Localizacionismo 141
Totalitismo 141
Teoría molecular 142
Trastornos de la memoria 142
Trastornos cuantitativos de la memoria 143
Amnesia 143
Hipomnesia 144
Hipermnesia 144
Trastornos cualitativos de la memoria 144
Disemnesias 144
Paramnesias 144

CONCEPTO DE MEMORIA

El concepto de memoria, como el del resto de las funciones psíquicas, varía según el punto de vista desde el que se considere, la escuela que la defina.

Para la Psicología Fenomenológica las impresiones sensoriales, ya sean táctiles, visuales, olfatorias, gustativas o auditivas, dejan huellas, que quedan grabadas en la conciencia y producen en ella imágenes o sensaciones que son copias más o menos exactas del original. En la moderna terminología, esas huellas se denominan enagramas y la capacidad de evocarlas al cabo del tiempo se denomina recuerdo. Admite, además, la acción de la voluntad, con lo cual el proceso no es meramente reproductivo (mnésico), como una perfecta copia grabada, sino que la voluntad interviene produciendo asociación con otras imágenes o sensaciones (imaginación), lo cual lleva a la nueva composición de la imagen o sensación evocadas; este fenómeno depende del tiempo transcurrido y del estado emocional del sujeto. De esta forma, determinados enagramas se borran parcialmente o se recuerdan de forma «errónea» al cabo del tiempo, o bien cuando el hecho tiene lugar en un estado de exaltación emocional o, por el contrario, en un bajo estado de ánimo.

La fenomenología diferencia tres procesos esenciales en la memoria:

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

1. *Fenómeno de fijación:* es la capacidad de «grabación» de nuevos enagramas (imágenes o sensaciones), que depende de la conciencia, intensidad de los estímulos percibidos y atención prestada (que depende a su vez del estado de ánimo). Condiciona lo que se denomina «memoria de fijación».
2. *Fenómeno de evocación:* es la capacidad de poder recordar la percepción en ausencia del objeto o estímulo (visual, olfativo, gustativo, auditivo o táctil). Depende a su vez de la memoria de fijación. Origina la «memoria de evocación».
3. *Fenómeno de reproducción:* es la capacidad de poder recordar lo percibido al cabo del tiempo. Origina la «memoria de reproducción», y depende principalmente de la memoria de fijación y del factor tiempo, y en parte, pero no siempre, de la memoria de evocación.

Así pues, para la función de la memoria se requiere un adecuado estado de conciencia y atención previos, pues de otro modo no puede llevarse a cabo el proceso de fijación y, por lo tanto, no pueden producirse enagramas. Es una realidad que de lo que no se es consciente, o no se está atento, no se puede tener memoria, no se puede recordar, sencillamente porque no se deja huella mnésica en nuestro cerebro. Ello no quiere decir que una alteración de la conciencia o de la atención conlleve una alteración de la memoria, sino que sencillamente no puede llevarse a cabo el proceso inicial de la memoria que es la fijación, cosas bien diferenciables. Por ejemplo, si un sujeto sufre un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia transitoria, sin ninguna enfermedad posterior, de por vida el sujeto no recordará hechos ocurridos durante ese estado de pérdida o alteración de conciencia, pues no se ha podido llevar a cabo la fijación, lo que no debe confundirse con afección o alteración de la memoria (no se trata de una amnesia postraumática real), de igual forma que cuando se duerme no se es consciente de lo que ocurre a nuestro alrededor y, por lo tanto, no se puede guardar memoria de ello, o cuando una persona se halla distraída difícilmente guarda recuerdo de algo que se le dice.

Según las teorías del Procesamiento de la Información Humana, la memoria es producto de una gran variedad de procesos. De esta forma la memoria en realidad se halla entre el proceso de percepción de estímulos y elaboración de respuesta, y tiene la misión de almacenar información, pero no de forma pasiva, sino que participa en la elaboración de nuevos conocimientos.

Según estas teorías, existen tres tipos de memoria:

1. Sistema de almacenamiento de información sensorial o memoria instantánea: duración entre 0,1 y 0,5 s. Tiene por objeto dar tiempo a la extracción de características de los objetos para que actúe el sistema de reconocimiento y se mantenga la continuidad de la percepción. Útil para lograr una imagen continua cuando el estímulo es visual, como sucede al visionar una película.
2. Memoria a corto plazo *(short term memory):* corresponde a la memoria de fijación y la de evocación (recuerdo a corto plazo, en ausencia del estímulo). Después se olvida.
3. Memoria a largo plazo *(long term memory):* corresponde a la memoria de reproducción o del recuerdo, es decir, su función es conservar el enagrama y evocarlo al cabo del tiempo.

BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LA MEMORIA

Hay dos teorías que en la actualidad se consideran como las más avanzadas en relación con la explicación de las bases neurofisiológicas de la memoria: las teorías neurológicas y las moleculares. Pueden entenderse como teorías complementarias y no contradictorias; las primeras, por su antigüedad, sientan una base orgánica de la memoria en el cerebro, bien de forma localizada o bien totalitaria en el encéfalo, mientras que las segundas, mucho más modernas, se basan en el estudio del ADN y de neurotransmisores, e intentan dar una explicación neurofisiológica al proceso de memoria más que a su localización orgánica cerebral.

TEORÍAS NEUROLÓGICAS

Localizacionismo

DESCARTES (siglo XVIII d.C.) decía que cuando las imágenes o experiencias sensoriales, percepciones en definitiva, llegaban al cerebro, se fijaban en éste y producían un cambio en su interior. GALL (siglo XIX) crea la frenología, según la cual cada facultad mental ocuparía un lugar definido en el cerebro y dejaría allí su impronta, de modo que podrían explorarse mediante la observación de las protrusiones que formaran en la superficie del cerebro. La memoria, según estas teorías, se ha localizado en diversos puntos:

- *Localización temporal:* algunas alteraciones clínicas y neurológicas confieren un importante papel al lóbulo temporal en la organización de la memoria. PENFIEL, uno de los principales impulsores de esta teoría localizacionista, concluye que el área temporal era una zona de la corteza que hacía posible el recuerdo, la interpretación de las experiencias vividas anteriormente. MILNER, en la misma línea, observó que lesiones cerebrales en este punto hacían perder la capacidad de transferir los recuerdos de la memoria a corto plazo; los pacientes eran capaces de retener nueva información por un período corto, pero no de forma permanente y, por lo tanto, concluye que esta zona debe ser la base orgánica de la memoria.
- *Localización hemisférica:* SPERRY, concluye que el supuesto único cerebro humano se compone en realidad de dos cerebros, cada uno dotado de aptitudes específicas: verbales-numéricas el izquierdo y espaciales-mecánicas el derecho. Para eludir los inconvenientes de esta «duplicación innecesaria» y que los recuerdos tengan que grabarse dos veces, es obligado que exista un predominio de un hemisferio, habitualmente el izquierdo, sobre el otro. El cuerpo calloso tiene como función permitir que ambos hemisferios compartan las mismas experiencias y almacenen los mismos recuerdos. Se basa para ello en experimentos de MYERS y de GAZZINAGA y col.

Totalitismo

Defienden que la memoria depende de la totalidad de la corteza cerebral, no está localizada. HEBB supuso que la huella mnésica dependía de una «asam-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

blea», grupo coordinado, de neuronas. LASHLEY afirma que la cuantía de lo olvidado no es proporcional a la cantidad de cerebro extirpado en animales, por lo que concluye que la memoria es un fenómeno difuso, no localizado, y propone la «Teoría de los circuitos reverberantes», según la cual el aprendizaje consiste en la sincronización de elementos de un sistema, de forma que, tras una experiencia determinada, un grupo de neuronas aprenden a responder más rápidamente que otras.

TEORÍA MOLECULAR

Apoyados en el punto de partida de que el ADN contiene el código genético donde se almacena la memoria de la especie, los investigadores han intentado centrar la base de la memoria en estas mismas sustancias. Destacan las aportaciones de HAYDEN, pionero en establecer la hipótesis de que el ARN sea la molécula de la memoria, siendo la huella mnésica los cambios operados en éste; las células más ricas en ARN son las neuronas cerebrales.

Posteriormente McCORNELL y THOMSON, por un lado, con experimentos en planarias, y JOHN y CORNING, por otro, confirman la teoría de que la base de la memoria es el ARN, al igual que BERNARD. Contribuyen de igual manera a reforzar esta teoría ALBERT y JACOBSON, basados en experimentos con ratas, y FLEXNER que concluye que el aprendizaje produce síntesis de ARN mensajero, el cual altera la síntesis de algunas proteínas esenciales para la conservación de la memoria de lo aprendido.

Como antes indicábamos, la unión de ambas teorías es perfectamente compatible, todas basadas en experiencias con resultados positivos, y no excluyentes entre sí. Las localizacionistas establecen la base orgánica e intentan su localización cerebral, mientras las moleculares, basadas en el conocimiento del ADN y el ARN, intentan dar respuesta a la neurofisiología de la memoria. Según estas teorías, se puede afirmar que la memoria a corto plazo consiste en modificaciones proteínicas instantáneas y algunas conexiones neuronales, y que la memoria a largo plazo consiste en modificaciones proteínicas y neuronales estables.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Hay diferentes clasificaciones de los trastornos de la memoria atendiendo a las diferentes escuelas según países. Así, la escuela francesa, con HENRY EY como mayor representante, divide los trastornos en amnesias, hipermnesias y paramnesias. JASPER, de la escuela alemana, los clasifica en trastornos que proceden del estado anormal de la conciencia (amnesias), los que proceden de un estado normal (perturbación de la capacidad de reproducción, perturbación de la memoria propiamente dicha, perturbación de la capacidad de fijación) y los falseamientos del recuerdo.

No obstante, se puede considerar como clasificación más sistemática y didáctica, de mejor comprensión para el no profesional y, por lo tanto, de mayor utilidad a la finalidad forense, la que establece la escuela española, con representantes como VALLEJO NÁJERA y GISBERT CALABUIG, que diferencia entre trastornos cualitativos y cuantitativos de la memoria.

TRASTORNOS CUANTITATIVOS DE LA MEMORIA

Amnesia

Es la pérdida de la capacidad de fijación o de evocación de las imágenes o percepciones. Se debe a la falta de recepción y fijación del estímulo, o bien a fallo en su retención por destrucción más rápida de lo ordinario o debilitación del fenómeno de evocación. Sólo es total en casos de graves demencias o estados de profunda obnubilación de la conciencia.

Clasificación de las amnesias según su causa

Amnesias psicógenas

- *Amnesia afectiva o ansiosa:* se produce por alteraciones del estado de ánimo o de las emociones que, por lo general, interfieren en el proceso de fijación (estados de tensión, pánico, intensa emoción, estados depresivos) a través, generalmente, de una afectación en la atención. En ocasiones no intervienen en el proceso de fijación, sino en el de evocación y de forma momentánea, originándose fallos puntuales en la memoria, *lapsus* de memoria, sin significación patológica alguna, y generalmente relacionados con la atención (distraibilidad) o la afectividad («nerviosismo»-ansiedad).
- *Amnesia histérica:* como su propio nombre indica, es la producida durante crisis de histeria que sufre una persona, en que se combinan una alteración emocional y cuadros de agitación psicomotriz.

Amnesias orgánicas

Se producen por lesiones cerebrales, daño orgánico cerebral, por cualquier causa; las principales son los traumatismos craneoencefálicos y las de origen tóxico. Pueden ser a su vez de dos tipos:

- *Amnesias corticales:* son las debidas a alteraciones de los enagramas neuronales por lesiones de la corteza cerebral, por lo que suelen conllevar trastornos práxicos y del lenguaje.
- *Amnesias axiales:* son las debidas a lesiones del sistema reticular ascendente y del sistema límbico, y originan alteraciones en la fijación y la evocación de las percepciones.

Clasificación de las amnesias según su cronología

- *Amnesia anterógrada o de fijación:* consiste en la pérdida de la memoria del período siguiente a la aparición del trastorno que la origina. Se pierde la facultad de fijación de nuevos enagramas, de tal forma que el sujeto puede ir olvidando casi al mismo tiempo con que van sucediéndose los acontecimientos; se afecta pues la memoria reciente. Entre las causas más frecuentes se hallan los traumatismos craneoencefálicos (hematomas o hemorragias cerebrales), estados crepusculares, senilidad o en el síndrome de Korsacoff.
- *Amnesia de evocación o retrógrada:* consiste en la pérdida de la memoria de sucesos del período anterior a la aparición del trastorno que la origina. Cuando dicha imposibilidad del recuerdo es sobre hechos del pasado inmediato o reciente, es la llamada amnesia de evocación, y cuando esta

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

incapacidad se extiende hacia atrás, sobre acontecimientos pretéritos vividos, se denomina amnesia retrógrada. Es característico de esta amnesia que en caso de recuperación de la memoria ésta no siga un orden cronológico fijo. Es típica de grandes traumatismos craneoencefálicos e intoxicaciones o infecciones con daño orgánico cerebral resultante. Es difícil que sea pura.

– *Amnesia mixta:* la más frecuente, afecta a la vez a la fijación y la evocación. Es propia de demencias profundas o de intensos traumatismos cerebrales.
– *Amnesia lacunar:* pérdida de memoria por un período, típica de los estados crepusculares, histerias, epilepsias (durante las crisis convulsivas comiciales), traumatismos craneoencefálicos, psicosis orgánicas graves y tras curas de electrochoque.

Hipomnesia

Disminución del número de recuerdos. Suele ser general, uniforme y progresiva. Se produce en procesos orgánicos (epilepsia o arteriosclerosis), si bien es típica de disfunciones psiconeuróticas o estados de agotamiento.

Hipermnesia

Exaltación incoercible e involuntaria de los recuerdos; se trata de un grado exagerado de registro, evocación y retención. Éstos pueden llegar a ser obsesivos e incluso inoportunos. Se produce hipermnesia, de tipo afectivo, en los estados de manía y en la fase inicial de intoxicaciones etílicas. Son también típicos ejemplos de hipermnesia los llamados *«idiots savants»*, que son sujetos dotados de una gran memoria de fijación que les hace posible recordar calendarios, listas telefónicas, etc., o los estados agónicos, durante los cuales el sujeto puede tener una visión «panorámica» de toda su vida.

TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA MEMORIA

Disemnesias

Es la dificultad para rememorar una imagen en un momento dado, la cual se representa mentalmente pero confusa, sin poderla precisar bien, ya sea en forma, tiempo o lugar. Pueden ser episódicas o permanentes, totales o parciales. Es típica de los traumatismos craneoencefálicos y de los estados de intoxicación (alcohol y drogas de abuso).

Paramnesias

Son recuerdos falseados, que mezclan pasado y presente, real o imaginario; también denominados falsa memoria o seudorrecuerdos. Se produce por diferentes mecanismos, como la aportación de detalles «falsos» al recuerdo de una imagen mnésica por el tiempo transcurrido, la sustitución de imágenes mnésicas por otras más o menos semejantes (confusión de imágenes mnésicas) o por sustitución de imágenes mnésicas por imágenes fantásticas (fruto de la imaginación). Se pueden considerar paramnesias:

- *Falsificación retrospectiva*: llamada a veces «ilusiones del recuerdo», en ella se inventan falsos detalles, significados y reminiscencias de un recuerdo real, en respuesta a necesidades emocionales.
- *Fabulación:* consiste en el relleno, de forma inconsciente, de lagunas de la memoria con experiencias imaginarias. Estos recuerdos varían de un momento a otro y son fácilmente inducidos por sugestión. Es típico del síndrome de Korsakoff.
- *Fenómeno de «déjà vu»:* una percepción visual nueva se considera incorrectamente como repetición de un recuerdo anterior, que origina la sensación de «lo ya visto» o «lo ya vivido». En relación con este fenómeno se hallan también el *«déjà entendu»,* en el que una percepción auditiva que nunca antes se había escuchado se considera equivocadamente como una repetición de una anterior, y el *«déjà pensé»,* en el que se considera erróneamente como una repetición a un pensamiento nuevo nunca antes tenido. Suele ocurrir sin significación patológica, si bien son típicos de los estados neuróticos y en las auras de las crisis epilépticas.
- *Fenómeno de «jamais vu»:* que es un falso sentimiento de extrañeza ante una situación real que ya se ha experimentado anteriormente, que origina la sensación de «lo nunca visto» o «lo nunca vivido».
- *Criptomnesias:* recordar únicamente y con gran minuciosidad e intensidad hechos de una época más o menos concreta de la infancia. Suele asociarse a amnesias totales o parciales. Típico de las demencias seniles o preseniles tipo Alzheimer.
- *Ecmnesia:* se recuerdan con tal intensidad sucesos de cualquier época de la vida que se cree que se vive en ella. De igual forma suele asociarse a amnesia total o parcial para otras épocas de la vida y es típico de las demencias seniles y preseniles tipo Alzheimer.
- *Ceguera psíquica:* es la pérdida de memoria visual, típica de estados demenciales, daño orgánico cerebral (traumatismos, tóxico, infeccioso) y en crisis de histeria.
- *Asimbolia:* es una amnesia visual para los objetos, es decir, el sujeto ve el objeto pero es incapaz de poder reconocerlo, identificarlo, por falta de huella mnésica que le permita su recuerdo. Suele estar presente en demencia senil y presenil, traumatismos craneoencefálicos y, en ocasiones, en cuadros psicóticos tipo esquizofrenia.
- *Agnosia topográfica:* es una amnesia para los lugares, una amnesia de ubicación. Puede asociarse a afección orgánica cerebral, demencia senil o, sencillamente, sin enfermedad de base.
- *Prosopagnosia:* es la amnesia de los rostros familiares, típico de la demencia senil o presenil.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología del pensamiento y del lenguaje

14

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Pensamiento 147
Concepto de pensamiento 147
Proceso del pensamiento 149
Formación de conceptos en el niño 149
Formación de conceptos en el adulto 150
Trastornos del pensamiento 151
Trastornos de la forma o curso del pensamiento 151
Trastornos del contenido del pensamiento 152
Lenguaje 157
Concepto de lenguaje 157
Trastornos del lenguaje 158
Alteraciones del lenguaje como representación del pensamiento 158
Trastornos del lenguaje propiamente dichos 159

PENSAMIENTO

CONCEPTO DE PENSAMIENTO

Según la concepción tradicional aristotélica-escolástica, el pensamiento es «la facultad que permite al hombre abstraerse y generalizar la esencia de las cosas sensibles», y en este sentido no se halla muy lejos de la inteligencia, por lo que es difícil considerarlo como facultad psíquica independiente. Para la psicología moderna, no obstante, el pensamiento adquiere un valor más preponderante dentro de las funciones psíquicas y, si bien puede hallarse cerca de la inteligencia, no debe confundirse una función con otra, sino que están relacionadas y a su vez diferenciadas como el resto de las funciones psíquicas.

Dentro de la psicología moderna, a su vez, la concepción del pensamiento y su forma de estudio dependen de cada escuela. Así, la psicología asociacionista parte del concepto de que «idea» es una imagen que no se corresponde con la realidad objetiva individual, sino con la concepción global que aquélla representa. Es una interpretación atomista del pensamiento, según la cual adquirimos nuestra experiencia del mundo externo en unidades separadas y la función de aquél es asociar esas unidades en la mente. Esta concepción es criticada, sobre todo, por el pragmatismo psicológico, para quienes la mente no recibiría las ideas en forma fragmentada, sino como un flujo continuo.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

Según la psicología de la Gestalt (de las formas), y siguiendo la línea de la psicología de los asociacionistas de que el ser humano recibe las ideas como unidades separadas que después asocia, habría en el pensamiento una «fuerza configuradora» que rige las asociaciones ideativas de acuerdo con un criterio de sentido, es decir, no son meras conexiones mecánicas, sino efectuadas con patrones precisos de contenidos intelectuales; lo contrario daría lugar a un pensamiento absurdo, sin sentido. Basta como muestra el hecho de que cada sujeto puede formar las conexiones de ideas según su inteligencia y el sentido que adquieran para él; siendo las mismas unidades recibidas, el pensamiento puede diferir entre dos personas. Así pues, el pensamiento no es la inteligencia, si bien ésta interfiere en la función de pensar; el pensamiento depende en parte de la inteligencia.

Para los conductistas (psicología behaviorista) el pensamiento no es sino el resultado de un encadenamiento de reflejos condicionados, cada vez más complejos, iniciados a partir de un primer par estímulo-respuesta. Pensamos porque se producen ciertas contracciones musculares en nuestro organismo, principalmente de los músculos que intervienen en el lenguaje (WATSON y SKINNER), teoría que se considera demasiado radical y fuera de la psicología actual. Tendiendo a superar las limitaciones del conductismo radical, según el cual los procesos mentales son meras dimensiones del comportamiento, o incluso del conductismo posterior (neoconductismo), para el cual los pensamientos, imágenes, memorias y sensaciones son estímulos y respuestas encubiertos, la psicología cognitiva intenta demostrar el importante papel que tienen los procesos cognitivos o del pensamiento (para ellos procesamiento de la información) en la determinación de la conducta; integran teorías del aprendizaje y del procesamiento de la información. Es el conductismo cognitivo, del que BRUNER es uno de sus mayores representantes (teoría de la categorización).

También dentro de la psicología moderna, la psicometría considera que el pensamiento sólo puede estudiarse con el empleo de instrumentos de medida al igual que la inteligencia, lo que ha permitido distinguir diversas modalidades de pensamiento. GUILFORD habla de pensamiento convergente, dirigido a hallar una solución entre varias posibles, y pensamiento divergente, más flexible y orientado en diferentes direcciones o soluciones posibles. GOLDSTEIN, VIGOTSKY y RAPAPORT diferencian entre pensamiento concreto, que es un pensamiento rígido, pobre en la ordenación de objetos, centrado en ideas o unidades simples comprensibles para la mayoría de la gente, y pensamiento abstracto, que es un pensamiento bien formado, flexible, rico en ideas e interconexiones entre ellas, y es la máxima expresión del pensamiento y no al alcance de todo el mundo, ya que depende de la inteligencia del sujeto.

También perteneciente a la concepción de la psicología moderna, la psicolingüística trata de relacionar pensamiento y lenguaje y determinar cuál de las dos funciones tiene la primacía; el lenguaje configura el pensamiento o bien el lenguaje es mero instrumento del pensamiento (PIAGET).

En definitiva, la psicología moderna considera que el pensamiento es un conjunto de aptitudes psíquicas cognitivas que comprenden un abanico que va desde el extremo realista al extremo imaginario, y que, si bien se relaciona con la inteligencia, se trata de funciones psíquicas diferentes. Así, actividades de deducción, interacción, creación, abstracción, reflexión, etc. pertenecen al pensamiento, mientras que actos como la comprensión y la resolución de problemas

son intelectivos. La inteligencia casi sería una modalidad del pensamiento, encaminada a comprender y resolver. Existe pues un pensamiento primario, en el que intervienen dichas actividades de deducción, reflexión y creación, y otro secundario, el cual depende de la inteligencia; y del primario se va pasando al secundario. De esta forma, el pensamiento racional normal es un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un fin, iniciados por el problema o tarea y conducen a una conclusión orientada hacia la realidad, y abarca los procesos de razonamiento, comprensión, memoria y juicio (Marcó et al., 1990).

PROCESO DEL PENSAMIENTO

Mediante el pensamiento se forman los conceptos, que se pueden definir como la opinión o el juicio final que sobre un conjunto de ideas adquiere un sujeto.

Hay que considerar la formación de los conceptos como procesos diferentes en el niño y en el adulto.

Formación de conceptos en el niño

En el curso de su desarrollo el niño pasa por una serie de estadios en los que se van adquiriendo progresivamente las condiciones necesarias para la integración de conceptos abstractos.

Según los estadios de desarrollo del pensamiento y el lenguaje en el niño, clásicamente descritos como preverbal (antes del lenguaje), simbólico (aparece el lenguaje y el pensamiento basado exclusivamente en símbolos), concreto (el niño es capaz de manipular los símbolos de clases de acontecimientos perceptivos y se originan los conceptos), relacional (capacidad de establecer una relación de causalidad simple entre conceptos) y creativo (capacidad de realizar operaciones formales), PIAGET distingue cinco períodos que denomina y caracteriza por:

1. *Período sensoriomotriz:* abarca desde el nacimiento hasta los 2 años, y es la fase en que el niño desarrolla progresivamente el concepto de objeto permanente; sólo es capaz de comprender o establecer la diferencia entre permanencia o movimiento del objeto.
2. *Período preoperatorio:* va desde los 2 a los 4 años, y durante éste se desarrolla el pensamiento simbólico, ya que en esta fase el niño, de forma progresiva, va comprendiendo los símbolos y se produce el aprendizaje del lenguaje.
3. *Período intuitivo:* de 4 a 7 años, corresponde al período de irreversibilidad de las operaciones y el pensamiento permanece ligado exclusivamente a factores perceptivos (sensoriomotriz), por lo que el niño es capaz de ejecutar acciones que no pueden ser realmente comprendidas por él.
4. *Período de las operaciones concretas:* de 8 a 11 años. Las acciones de combinar, disociar, ordenar y establecer correspondencias son ahora reversibles, pero todavía conciernen sólo a operaciones que tratan de objetos concretos. Sólo son factibles las operaciones de seriación, clasificación y número.
5. *Período de las operaciones formales:* de 11 a 14 años. Superados los períodos anteriores, el adolescente es capaz de formar hipótesis y someterlas a la experiencia. Utilizando las proposiciones como acontecimientos, es capaz

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

de pensar lógicamente y de resolver problemas matemáticos; alcanzado plenamente este nivel, al final de este período, se considera pensamiento del adulto.

Formación de conceptos en el adulto

La teoría más aceptada en la actualidad es la denominada «La lógica de los conceptos», según la cual un concepto puede ser definido como una categoría. A su vez, hay dos tipos de categorías: las «clases de identidad», en la que un gran número de objetos o acontecimientos son considerados como uno solo, y las «clases de equivalencia», en la que diferentes elementos son considerados como uno solo para una misma finalidad.

Por ejemplo, el concepto «nómina» corresponde a una clase de identidad, pues dentro de ella se agrupan conceptos muy diferentes («objetos» o «acontecimientos») como antigüedad en el puesto, sueldo base, complementos, mutualidad o asistencia sanitaria, derechos pasivos, retención, atrasos, etc., y ello, a su vez, integra cualquier puesto que la persona haya desempeñado en la empresa (o administración), ya sea en ese o cualquier otro centro de la empresa; todos esos conceptos se agrupan en uno solo de significado perfectamente comprensible y que se refiere a cualquier puesto laboral desempeñado por el sujeto en la empresa, sin señalar ninguno en particular, y se considera el percibo de su salario en diferentes puestos bajo un mismo concepto. Sin embargo, el concepto de «trienios» puede corresponder a una clase de equivalencia, pues se crea con la finalidad de agrupar exclusivamente una remuneración extra que recibe cada tres años, independientemente del puesto desempeñado y el sueldo base de referencia. Lo mismo cabría decir de los conceptos de «currículum vitae» y «currículum académico», «historial médico» e «historial analítico», «vida laboral» y «actividad laboral», «carta del restaurante» y «carta de vinos», etc.

Formamos las clases discriminando ciertos atributos de los objetos o acontecimientos y utilizándolas de base de clasificación. Atributo es un carácter susceptible de ser percibido, y puede ser un estímulo perceptivo (signo) o una característica establecida por convención social o científica (símbolo). En el signo la relación entre el atributo y el concepto es natural, mientras dicha relación es establecida o convenida en el símbolo. El «humo» es un signo, pues la relación que tiene con el concepto «fuego» es natural. Por el contrario, el emblema de la «Cruz Roja» es un símbolo, pues su relación con la organización humanitaria a la que se refiere está establecida.

Habiendo un cierto número de atributos percibidos, el sujeto ha de tomar una decisión, para lo cual se utiliza lo que se denomina estrategia, proceso con el que se obtiene información, se conserva, se formula una hipótesis sobre la combinación de atributos (toma de decisiones) y después se modifica o ratifica la hipótesis cuando se obtienen nuevos datos.

Tipos principales de estrategias

1. *Estrategia de convergencia:* se parte de una idea general como núcleo central y de forma progresiva se va obteniendo información válida para formular una hipótesis. Se pasa de una percepción de un todo hasta converger en una idea. En ella se basa el método deductivo empleado en investigación.

2. *Estrategia de examen sucesivo:* a diferencia de la anterior, no se parte del todo, sino que se toman partes de los atributos para formar la hipótesis y, si ésta no se confirma, habrá que tomar otra parte de atributos y volver a formular otra hipótesis. Como su propio nombre indica, no se toma en consideración el todo genérico para converger en una hipótesis final, sino que sucesivamente ha de ir examinándose el todo dividido en partes. En ella se basa el método inductivo utilizado en investigación.

Aunque ambas conducen a la formación de un concepto exacto, en la de convergencia, si hay algún error, no se ha de recurrir a la memoria, lo cual sí sucede en la de examen sucesivo.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Hay que diferenciar entre trastornos de la forma o curso del pensamiento y trastornos del contenido del pensamiento. La expresión externa del pensamiento es el lenguaje, con lo que algunos trastornos del curso o forma del pensamiento se harán evidentes a través de una alteración de la expresión lingüística.

Trastornos de la forma o curso del pensamiento

Cuantitativos

– *Bradipsiquia:* es un enlentecimiento del curso del pensamiento y, como consecuencia, un enlentecimiento de su expresión externa, el lenguaje. Es un pensamiento expresado mediante un lenguaje muy parsimonioso y enrevesado para alcanzar su propósito, con detalles tediosos y continuos paréntesis. Típico en las fases depresivas de los trastornos de estado de ánimo y en algunos tipos de esquizofrenia (simple y hebefrénica).
– *Taquipsiquia:* es una aceleración en el curso del pensamiento, que da lugar a un lenguaje rápido y difícil, incluso imposible de interrumpir. En su máxima expresión da lugar a lo que se denomina fuga de ideas, pensamiento que se caracteriza porque se pasa de una idea a otra rápidamente y sin conexión alguna, basándose en asociaciones incomprensibles, lo que da lugar a un discurso desorganizado e incoherente. Es típico de las fases maníacas de los trastornos del estado de ánimo.

Cualitativos

– *Pensamiento disgregado:* se caracteriza por ser un pensamiento en el que se pierde su ruta o guía, con lo cual se traduce en un lenguaje en que, de igual forma, se pierde la línea central del mensaje que se pretende comunicar. El sujeto puede ser consciente o no de ello. Típico de los procesos de demencia senil y presenil, demencias orgánicas, intoxicaciones etílicas, esquizofrenia residual con defecto, etc.
– *Pensamiento tangencial:* es la pérdida de la capacidad asociativa entre ideas, pues la relación que se establece entre éstas es superflua, simple e incluso

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

llega a lo absurdo. Típico de algunos tipos de esquizofrenia (simple, hebefrénica) o retrasos mentales, por ejemplo.

– *Pensamiento circunstancial:* se caracteriza por presentar demasiadas ideas que se asocian de forma muy poco selectiva; se utilizan muchos detalles, en ocasiones sin relevancia, para relatar acontecimientos sencillos y a veces de mínima trascendencia. Con frecuencia carece de significado patológico y es un recurso para evitar impulsos y sentimientos censurables. Por otro lado, puede aparecer en retrasos mentales, esquizofrenia, etc.
– *Pensamiento incoherente:* es la ausencia total de conexión lógica entre frases o palabras, de tal forma que el lenguaje no es comprensible, y se transforma en incoherente para el receptor; es frecuente el uso de frases incompletas, irrelevantes, excesivos cambios bruscos de ideas (taquipsiquia) y el uso particular de palabras y distorsión gramatical. Un grado más leve del pensamiento incoherente es el pensamiento disgregado.
– *Pensamiento asonante:* el curso del pensamiento está condicionado por el lenguaje, por la dicción de las palabras, entre las cuales no hay relación de significado, sino sólo sonora. Suele darse en la esquizofrenia.
– *Intercepción del pensamiento:* son pequeños *lapsus* dentro del curso normal del pensamiento, y generalmente se deben a falta de atención o a una desviación de la atención (distraibilidad).
– *Bloqueo del pensamiento:* como su propio nombre indica, es una interrupción de la continuidad de la línea directriz del pensamiento; es una irrupción brusca, tras la cual no se puede retomar su curso. Suele ser típico de los trastornos orgánicos cerebrales, demencia y esquizofrenia.
– *Perseveración:* es la repetición continua de ideas que da lugar a un lenguaje cansino, aburrido y, por lo tanto, pobre en contenido. Si bien en la mayoría de las ocasiones carece de significado patológico, puede encontrarse en esquizofrenia residual, demencias, retrasos mentales, etc.
– *Parálisis fonemática:* es falta de pronunciación de una palabra porque los sonidos, fonemas o las sílabas pierden la secuencia u orden lógico. Es típica de la esquizofrenia.
– *Ecolalia:* es la tendencia a la repetición de palabras o frases de los demás; suele ser frecuente que el sujeto termine la frase casi a la par que el interlocutor repitiendo lo que aquel está diciendo. Es frecuente en los trastornos bipolares (fases de manía) y en la esquizofrenia. Puede considerarse igualmente como «trastorno de la conducta motriz de expresión oral».

Trastornos del contenido del pensamiento

Cuantitativos

– *Magnificación*: se exagera la importancia o el significado de un hecho particular, que llega incluso al catastrofismo. Típico de los estados depresivos.
– *Minimización:* se desvaloriza el significado y la importancia de las cosas. Es típico de las fases maníacas.

Cualitativos

Ideas delirantes

Se trata de ideas equivocadas (aunque no imposibles), sobrevenidas por vía patológica, pues su origen, elaboración y deducción son ilógicos, muy resistentes a la argumentación y constituyen un elemento troncal en la vida del paciente. Conducen en su conjunto al «delirio».

Se puede tratar de ideas delirantes primarias, o delirio primario, cuando no derivan de otros síntomas ni sucesos de la vida del sujeto y, por lo tanto, resulta psicológicamente incomprensible, absurdo (por ejemplo, «yo soy Napoleón»); suelen ser típicas de la esquizofrenia. O bien ideas delirantes secundarias, o delirio secundario, cuando se trata de ideas que, aunque falsas, patológicas e irreductibles, derivan de sucesos vividos por el sujeto o de síntomas que éste padece, y en principio tienen visos de realidad, de ser posibles; son típicos, por ejemplo, del trastorno de ideas delirantes.

Clásicamente se inicia por lo que se denomina «temple delirante», que es una fase de estupor en la que el sujeto intuye que algo va a pasar, pero no tiene la seguridad; de aquí se pasa a la idea delirante y el conjunto de éstas configuran el delirio o sistema delirante. Éste, a su vez, puede ser sistematizado, cuando las ideas delirantes se relacionan entre sí con armonía y sentido común, de tal forma que se construye una «lógica» que puede tener una estructura coherente y organizada (típicas de los trastornos de ideas delirantes), aunque con origen, desarrollo y/o final ilógico (patológico), y no sistematizado, cuando no existe tal relación entre las ideas delirantes, que por lo general son absurdas (esquizofrenia). A su vez, cuando el delirio se refiere a un único tema, se denomina simple, y complejo cuando intervienen diferentes temas.

Los delirios pueden clasificarse en cuanto a su forma y contenido:

1. En cuanto a su forma:
   - *Delirio de relación:* es el delirio primario por excelencia. Se caracteriza porque el sujeto establece «relaciones sin causa». A su vez, éstas se originan instaurándose un nexo de unión entre sucesos casualmente coincidentes o entre sucesos casuales y el «yo». Ejemplo típico es interpretar una mirada de otra persona con la idea de que directamente se le está insinuando, o interpretarla como que ha sido reconocido por alguien que lo espía.
   - *Delirio de significación:* consiste en que el sujeto interpreta percepciones banales con nuevas significaciones o bien cambia la significación de percepciones cotidianas. Así, el hecho de que una persona cruce las piernas puede significar para el sujeto delirante que aquella está endemoniada, o ver una luz intensa de un foco interpretado como la llegada de los extraterrestres o una campana de una iglesia como el «toque de queda» de Dios para el fin del mundo.
   - *Delirio de influencia:* son secundarios a los trastornos de la percepción. Así, por ejemplo, tras tener una alucinación auditiva el sujeto interpreta que alguien le envía mensajes con la intención de saber sus pensamientos, robarle las ideas o causarle daño cerebral.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

2. En cuanto a su contenido:
   - *Delirio de grandeza o megalomanía:* la idea delirante se basa en la exageración de la propia importancia personal, asociado por lo general
     a grandes posesiones materiales. Es típica la idea delirante de ser un famoso escritor o un noble, u otro personaje de gran importancia y con grandes fortunas. Un peligro que suele llevar asociado es el gasto que puede realizar el sujeto creyéndose millonario si dispone de algunos bienes.
   - *Delirio de perjuicio*: es la idea de sentirse perjudicado de forma constante por otra u otras personas; generalmente se va ampliando el grupo de personas que lo perjudican a todas aquellas que no le dan la razón; así puede iniciarse con un familiar o amigo e ir ampliándose a otros amigos, la empresa, sus compañeros de trabajo, sus jefes, etc., y magnificarse la sospecha de perjuicio a extremos, como medios de comunicación (interpretando como ideas de perjuicio determinadas cosas que lee o ve) o a los poderes públicos (Ayuntamiento, Policía, Administración, Gobierno, etc.); puede tener su origen en una realidad de perjuicio vivida (delirio secundario).
   - *Delirio de persecución:* es la idea de ser perseguido por alguien; puede tratarse de un amigo, un amante, la mafia, un ejército, espías, vecinos, familiares, etc. Entraña grave riesgo cuando el sujeto delirante pasa de perseguido a perseguidor (dejar de ser perseguido).
   - *Delirio de celos:* es la magnificación patológica del sentimiento de celos que origina la idea permanente y patológica de que la persona amada (compañero/a, esposo/a, novio/a, etc.) le es infiel. Junto con los delirios de persecución es de los que mayor riesgo puede entrañar para terceras personas cuando el sujeto delirante decide acabar con la situación (dejar de ser engañado).
   - *Delirio erotomaníaco:* el tema predominante de la idea delirante es que una persona está enamorada del sujeto; generalmente dicha idea se centra en personas de más bajo nivel socioeconómico y, por lo tanto, se asocia una idea de dependencia de uno.
   - *Delirio de control:* idea patológica de ser controlado por otras personas; es secundario a trastornos de la percepción, y algunos autores lo encuadran dentro de los delirios de perjuicio.
   - *Delirio de culpa:* es la idea errónea o sin base real de culpa o remordimiento. Suele ser secundario a trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo.
   - *Delirio somático:* en éstos el tema principal de la idea delirante es un defecto, trastorno o enfermedad física. Es frecuente que sea secundario a trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo.

Ideas deliroides

Surgen de forma secundaria a trastornos afectivos, como por ejemplo en la depresión reactiva, y no tienen la forma ni la fuerza de la idea delirante. Son menos resistentes a la argumentación y nunca pueden dar origen a un delirio sistematizado.

Ideas sobrevaloradas

Se trata de representaciones mentales que predominan en la conciencia en virtud de su carga afectiva y hacen que el juicio y la conducta sean parciales (WERNICKE). El sujeto se suele regir por ellas. Son típicas como ideas sobrevaloradas el honor o la patria. Por lo general, carecen de significado patológico, si bien su extremo conlleva el fanatismo.

Ideas obsesivas

Son pensamientos parásitos, surgidos de forma involuntaria en el sujeto y sin capacidad para desprenderse de ellas, pero que a diferencia de la idea delirante el paciente es consciente y hace crítica de ellas; son pensamientos que permanecen como imposición. Más que lo absurdo del contenido del pensamiento obsesivo, que no lo suele ser, sí lo es su persistencia. Suelen conllevar un dominio de la vida del paciente y atormentarlo, impulsándolo a tener conductas estereotipadas o rituales, conocidas como compulsiones, como forma de evitar o minimizar los efectos angustiosos de las obsesiones. Ha de entenderse que, en sentido vulgar, toda persona tiene alguna «obsesión», si bien cuando éstas se convierten en centro de la atención del sujeto, de su forma de ser, de su forma de vida y dominan en su pensamiento, se consideran patológicas. Es típico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, de las fases depresivas de los trastornos del estado de ánimo y del trastorno obsesivo-compulsivo. Una variante es la generalización obsesiva, que consiste en la tendencia obsesiva a generalizar todo sobre la base de una idea.

Alteraciones de la identidad o propiedad del pensamiento

El sujeto piensa que le roban o raptan las ideas (robo o rapto del pensamiento) o al contrario, que no son sus ideas sino las de otra persona que se las impone, generalmente, con carácter imperativo (imposición del pensamiento). Típico de la esquizofrenia.

Fobias

Se trata de un miedo irracional e irresistible hacia estímulos en principio no peligrosos, como pueden ser un objeto, un animal o una situación. Se considera, pues, un temor patológico, por no ser real, ante un estímulo específico, que suele llevar asociada una gran angustia. Según el estímulo que las produzca se denominan de diferentes maneras. Las más frecuentes son:

- *Necrofobia:* fobia a los muertos.
- *Tanatofobia:* fobia a la muerte.
- *Xenofobia:* fobia a los extranjeros.
- *Zoofobia:* fobia a los animales.
- *Nictofobia:* fobia a la oscuridad.
- *Fotofobia:* fobia a la luz intensa.
- *Hematofobia:* fobia a la sangre.
- *Nosofobia:* fobia a las enfermedades, de forma patológica.
- *Algofobia:* fobia al dolor, de forma patológica.
- *Sitofobia:* fobia a comer.
- *Misofobia:* fobia a la suciedad o la contaminación.
- *Agorafobia:* fobia a los espacios amplios.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Claustrofobia:* fobia a los espacios cerrados.
– *Acrofobia:* fobia a los lugares elevados.

Suele hablarse también de fobia simple, cuando se trata de fobias contra objetos o animales o situaciones aisladas (necrofobia, agorafobia), o fobia social, cuando se trata de miedo hacia situaciones públicas (hablar en público).

Hipocondría

Es la preocupación exagerada de la propia salud; el pensamiento es asaltado con ideas, incluso obsesivas, de enfermedad, sin base real justificada. Se caracteriza porque al más mínimo síntoma de enfermedad, por banal que sea, el sujeto siente preocupación por su salud, y siempre asocia dicha sintomatología con procesos graves de enfermedad.

Otros trastornos cualitativos del contenido del pensamiento

– *Interferencia arbitraria:* se sacan conclusiones injustificadas cuando no hay evidencia. Típico de fases depresivas.
– *Atribución selectiva:* se obtiene una única conclusión de todas las posibles explicaciones de un acontecimiento y se suele atribuir siempre la culpa. Típico en las depresiones.
– *Pensamiento autorreferencial:* los acontecimientos, objetos o personas del entorno tienen un significado particular y poco concreto, pero específicamente relacionados con él. También típico de los cuadros depresivos.
– *Pensamiento ilógico:* es un pensamiento con claras contradicciones internas o que conduce a conclusiones erróneas a partir de premisas iniciales.
– *Pensamiento mágico:* es la convicción de que determinados gestos, posturas, palabras, situaciones, incluso pensamientos, pueden conducir, de alguna manera mágica o misteriosa, a la satisfacción de determinados deseos personales (a manera de recompensa, irreales o no) o a la evitación de ciertos males. Es frecuente dicha forma de pensar en los niños y, culturalmente, en ella se basa también la superstición.
– *Ideación heteroagresiva y autoagresiva:* se trata, como su nombre indica, de ideas de agresividad hacia otras personas o hacia sí mismo.
– *Parálisis semántica:* sustitución de unas palabras por otras con o sin conocimiento del error por parte del sujeto.
– *Pensamiento o lenguaje pomposo:* lenguaje con términos raros, inusuales, anticuados, distantes y muy refinados. Se piensa mucho en la elección de las palabras y se utilizan frases pedantes.
– *Neologismos:* formación de palabras nuevas, inexistentes, y que utiliza el sujeto de forma convencional en su comunicación.
– *Paralogias:* es el uso de palabras antiguas de forma convencional, de palabras corrientes de modo no convencional o de palabras nuevas de modo arbitrario (se «colocan» en cualquier lugar).
– *Pensamiento condensado*: es la fusión de varios conceptos en uno solo.
– *Pararrespuestas:* es una respuesta no acorde con la pregunta, aunque en ocasiones no tiene significado patológico, sino que el sujeto emplea voluntariamente con alguna finalidad.

LENGUAJE

CONCEPTO DE LENGUAJE

Se puede definir como la expresión verbal del pensamiento; es el modo y la función de expresar el pensamiento por medio de símbolos verbales. Se exterioriza por la palabra, pero puede limitarse a un proceso puramente mental que algunos autores llaman lenguaje interno.

En su relación con el pensamiento se halla la polémica establecida, principalmente por la psicolingüística, dentro de la psicología moderna, de la primacía de una u otra función; el lenguaje configura el pensamiento o bien aquél sólo es una expresión externa de forma verbal de éste. Si bien para las ciencias de la información o de la comunicación, según el modelo cibernético o informático, el lenguaje es sólo la representación del pensamiento, en que hay un emisor, un receptor y un canal de comunicación, en psicología hay disparidad de criterios.

Según autores como SAPIR y WHORF (hipótesis de Sapir-Whorf) «el lenguaje configura el pensamiento», mientras que para otros, como PIAGET, primero es el pensamiento y después el lenguaje; así, hay autores que establecen una tesis intermedia, como VIGOTSKY, que afirmaba que lenguaje y pensamiento van separados al principio, ya que el niño piensa, si bien de forma elemental, pero no sabe hablar, lo que va aprendiendo poco a poco, por lo que de forma paulatina van uniéndose pensamiento y lenguaje a medida que se asocian significados a los sonidos.

Al margen de las diferentes tesis establecidas, podemos considerar que la función psíquica como tal es el pensamiento, y el lenguaje es una expresión de aquél mediante símbolos y signos, si bien es muy posible que el lenguaje, en cierta manera, configure el pensamiento, ya que es su forma de expresión externa, de representación (oral o escrita), lo que tampoco quiere decir que para su existencia se requiera necesariamente de aquél (una persona sordomuda también piensa), pero sí para su desarrollo total, en aspectos como puede ser el pensamiento abstracto.

El lenguaje tiene dos funciones:

1. *Función autoexpresiva del lenguaje:* se refiere a la función del lenguaje como medio de expresión, incluso puede que creación, del pensamiento; su objetivo principal es la expresión del ser humano, y proviene de la necesidad de expresar lo que se piensa. En relación con esta función expresiva del lenguaje, PIAGET describe en el niño el denominado lenguaje egocéntrico, en el que aquél sólo habla por el placer de la función, es decir, de asociar y expresar cuanto ocurre con la actividad que esté desarrollando en ese momento. En esta función expresiva del lenguaje se basa la literatura de ficción, ya se trate de cómics, teatro, cuentos, novelas, relatos, etc.
2. *Función comunicativa del lenguaje:* se trata del lenguaje como herramienta para informar de aquello que se sabe, información que previamente se ha obtenido y procesado (intervienen las funciones de pensamiento e inteligencia) y que en un momento dado quiere darse o intercambiarse. Relacionado, pues, con lo que PIAGET denominaba en el niño lenguaje

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

social, mediante el cual se dirige a un interlocutor, considera su punto de vista e intenta realizar un cambio de ideas. En esta función comunicativa se basa la literatura de la información, como pueden ser revistas científicas, periódicos, bibliografía científica, etc. Se expresa lo que se siente, se comunica lo que se sabe.

Cuando mediante el lenguaje se produce el intercambio de significados entre las personas, se produce la comunicación. Se establece con signos como representación de los objetos, proceso denominado semiosis; la semiótica es la ciencia que estudia la comunicación humana, que puede ser verbal, auditiva, visual, cinética, táctil, olfativa y gustativa.

El principal medio de comunicación del ser humano es el lenguaje verbal, ya sea oral o escrito, mediante la utilización de la palabra, la cual puede ser representativa de una realidad sin contenerla, que es lo que se llama símbolo (por ejemplo, la bandera de un país), o bien puede ser indicadora de la relación entre algo que sucede y su consecuencia, sin representar nada, que constituye lo que se llama signo (el humo es un signo de fuego). Como anteriormente dijimos, la diferencia entre el signo y el símbolo es que los símbolos son creados y, por consiguiente, convencionales, mientras que los signos son naturales, de lo que se deriva que la relación que se establece entre el símbolo y aquello que representa es artificial, fuerte, estable y continua, y se realiza a través del pensamiento, lo que no sucede con los signos. Prueba de ello es que, cuando existen alteraciones del contenido del pensamiento, se produce una alteración en el reconocimiento de los símbolos, pero no de los signos.

En el lenguaje como función psíquica han de distinguirse dos aspectos:

1. *Comprensión del lenguaje:* es posible gracias al órgano del oído, que recoge el estímulo sonoro y lo transforma en impulso nervioso, y el cerebro, que recoge dicho impulso nervioso y lo interpreta.
2. *Elaboración del lenguaje* que, a su vez, tiene dos fases:
   – *Primera fase o psíquica:* en ella se produce la composición o la evocación del lenguaje.
   – *Segunda fase o mecánica:* expresa el lenguaje en forma oral (órganos de la fonación: laringe, lengua y labios) o escrita, por la ejecución de la orden cerebral tras la composición psíquica.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Alteraciones del lenguaje como representación del pensamiento

Son las alteraciones del lenguaje como consecuencia de los trastornos del pensamiento; a estos efectos, el lenguaje se considera únicamente como forma de expresión externa (representación) del pensamiento. Realmente no son trastornos propios del lenguaje, sino sólo alteraciones en su estructura, forma o secuenciación como expresión de un trastorno del pensamiento. Ya se han expuesto al hablar de trastornos del pensamiento y, como tales, se pueden considerar: taquipsiquia, bradipsiquia, pensamiento disgregado, pensamiento tangencial, pensamiento incoherente, pensamiento asonante, perseveración,

ecolalia, parálisis fonemática, parálisis semántica, lenguaje pomposo, neologismos y paragolias.

Trastornos del lenguaje propiamente dichos

Afasias

Son trastornos complejos del lenguaje en cuanto a su papel como vehículo de comprensión, elaboración y expresión del pensamiento. Se deben a lesiones cerebrales como consecuencia de accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, enfermedades infecciosas (meningitis y encefalitis infecciosas) y atrofias cerebrales (enfermedad de Alzheimer); es frecuente que se acompañen de otras consecuencias de estas lesiones cerebrales, como hemiplejias, hemianopsias y apraxias.

Se produce una alteración más o menos completa del lenguaje, que incluso llega a afectar a automatismos elementales, por una insuficiencia en la primera fase de elaboración psíquica de aquél, en virtud de la cual la palabra se piensa primero, es decir, es concebida por el cerebro en su doble aspecto sensorial y motor (capacidad de comprensión y elaboración del lenguaje). Suele existir una limitación del pensamiento abstracto, mientras que el pensamiento concreto está conservado, así como otras funciones psíquicas como la memoria, la capacidad de juicio y la atención, que se hallan indemnes o muy poco alteradas.

Se pueden presentar las siguientes formas clínicas:

- *Agnosia auditiva:* trastorno de la percepción caracterizado por la incapacidad de reconocer sonidos e interpretar su significado. Es una sordera oral, donde sólo se encuentra afectada la comprensión del lenguaje oral. Se produce por lesión bilateral de la primera circunvolución temporal o lesión unilateral izquierda de la zona del área auditiva (áreas cerebrales 41 y 42).
- *Afasia temporal de Wernicke:* se trata de una afasia que manifiesta un trastorno en la capacidad de evocación (composición del lenguaje), pero no de la capacidad de expresión, ya sea oral (articulación del lenguaje) o escrita. El lenguaje oral y la escritura están conservados, si bien se trata de un lenguaje incomprensible. Se acompaña, generalmente, de hemianopsia lateral homónima y rara vez de hemiplejia, con o sin trastornos sensitivos, y se debe a una lesión del área de Wernicke del hemisferio dominante.
- *Afasia de conducción:* denominada también afasia central de Goldstein, generalmente sobreviene por evolución de una afasia de Wernicke. Aparece una paraafasia (distorsiones morfológicas o semánticas de las palabras) y una dificultad de repetición de las palabras emitidas por el examinador, pero la comprensión del lenguaje está conservada. Se produce por una lesión en la circunvolución supramarginal que une el área de Wernicke a la de Broca.
- *Afasia motriz de Broca:* se caracteriza por un trastorno de la capacidad de expresión oral y escrita (defecto de articulación y escritura), pero sin la alteración de comprensión del lenguaje, ya sea oral o escrito (se conserva la capacidad de lectura). Se suele acompañar de hemiplejia derecha y

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

puede asociarse hemiparesia braquifacial. Se produce por una lesión en el área motriz de Broca (tercera circunvolución frontal ascendente, área 44 y parte de la 45).

– *Afasia de Pierre Marie:* es una afasia motriz en la que sólo hay afección de la expresión oral del lenguaje (articulación de las palabras), sin quedar afectada la capacidad de escritura ni la comprensión verbal o escrita.

Disartria

Es una alteración de la capacidad de expresión oral del lenguaje consistente en un defecto de articulación de la palabra por una enfermedad que incapacita funcionalmente los órganos periféricos (músculos de la laringe, la lengua, el paladar blando y los labios), a los que corresponde la construcción o realización mecánica de la palabra elaborada psíquicamente de forma correcta. A diferencia de las afasias, en la disartria el defecto del habla, de la articulación de la palabra, se debe a una alteración de la segunda fase o fase de elaboración mecánica, mientras en aquéllas se debe a la alteración de la primera fase o de elaboración psíquica.

Así pues, el disártrico conserva en el cerebro el significado y la noción de los movimientos musculares necesarios para la articulación de la palabra (noción que no existe en el afásico), pero no puede pronunciarla de forma adecuada por un defecto mecánico de los órganos de la fonación. Su grado máximo es la anartria o alalia, que es la absoluta incapacidad de articular palabra. Se producen por una lesión en mayor o menor grado del aparato neuromuscular que preside la pronunciación adecuada de las palabras (parálisis, paresias o atrofias de los músculos laríngeos, linguales o faciales —labios—) o bien por un defecto de coordinación motriz (ataxia) de los músculos de la fonación.

Sordomudez

Es la alalia acompañada de sordera, en la que la incapacidad de expresión oral del lenguaje se debe a una falta de aprendizaje debido a la alteración auditiva. Se produce en los casos de sorderas congénitas o bien adquiridas antes de los 7 años.

Psicopatología de la percepción

15

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de percepción 161
Trastornos de la percepción 163
Alteraciones cuantitativas de la percepción 163
Por exceso 163
Por defecto 163
Alteraciones cualitativas de la percepción 165
Seudopercepciones o percepciones anormales 165
Anomalías del campo de la percepción 167
Caracteres anómalos de la percepción 167

CONCEPTO DE PERCEPCIÓN

La percepción es la forma inicial de contacto que tiene el hombre con el mundo que le rodea, contacto por medio de los órganos de los sentidos (gusto, tacto, vista, olfato y oído), de ahí el uso análogo del término sensopercepción.

Inicialmente, se puede creer que mediante la sensopercepción se obtiene una fiel copia de lo que nos rodea, una reproducción más o menos exacta del mundo externo. A este respecto la psicología moderna considera que, si bien es verdad que existe un mundo externo que nos rodea, realmente no percibimos ese mundo, sino una imagen acorde con una serie de circunstancias personales y ambientales. Según WUNDT, la percepción es un conjunto de sensaciones y nada más, si bien la psicología moderna afirma que existe un sistema estructurador de esas sensaciones para dotarlas de sentido, de tal forma que el sujeto interviene activamente; no recibe únicamente estímulos aislados, sensaciones, sino objetos dotados de sentido, percepciones.

Fisiológicamente la percepción es una función orgánica por la cual captamos estímulos procedentes de nuestro alrededor a través de receptores de los sentidos (gusto, tacto, olfato, vista, oído) y, transmitidos vía nerviosa con diferentes interconexiones neuroganglionares que intercambian información, llegan hasta el cerebro (áreas 3-1-2 posrolándicas), donde se interpretan. Pero psicológicamente, la percepción varía dependiendo de factores personales (experiencias vividas y estado afectivo en ese momento) y ambientales (lo que se percibe y dónde se percibe).

La psicología experimental estudia los factores dependientes del sujeto (factores personales), de carácter subjetivo, que diferencian la mera recep-

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

ción de estímulos (sensaciones) de su identificación (percepción). Dichos factores son:

1. *Motivaciones subyacentes:* la teoría de la motivación ha venido a confirmar el dicho de «todo se ve según el cristal con que se mire». Hay una «deformación» de la percepción que depende de la intensidad de la motivación y de la ambigüedad del estímulo. Cuanto menos estructurado sea el estímulo y más intensa la motivación, mayor deformación habrá. Intervienen, pues, en ello una serie de necesidades subyacentes a la motivación, bien sea de tipo económico, biológicas o de afiliación o pertenencia al grupo.
2. *Necesidad de contacto con el entorno:* se ha comprobado que el aislamiento completo de una persona produce alteración en la percepción, que da lugar a la aparición de alucinaciones y seudoalucinaciones, lo que viene a confirmar que el sujeto precisa estar en permanente contacto con el mundo que lo rodea; de alguna manera se podría decir que el sujeto precisa percibir de forma permanente, necesita tener información permanente del mundo externo, del lugar en que se halla en un momento dado, donde se desenvuelve y vive.
3. *Personalidad del individuo:* la personalidad autoritaria tiene dificultad para diferenciar entre la figura y el fondo del campo perceptivo, mientras que la personalidad liberal no encuentra apenas dificultad para efectuar esta diferenciación, ya que las primeras, educadas en familias rígidas y severas, no se ven libres de presiones sociales, mientras las segundas, con una educación liberal, parece que tienen cierta autonomía para actuar en el medio social.

La psicología de la Gestalt, sin embargo, ha estudiado específicamente los factores ambientales, los que dependen del campo de percepción, que son de valor objetivo, estableciendo lo que se denominan las leyes estructurales de la percepción, que consisten en:

1. *Ley del todo estructurado:* el todo estructurado es más que la suma de las partes que lo compone.
2. *Ley de la proximidad:* la proximidad entre los elementos tiende a agruparlos en unidades superiores.
3. *Ley de la semejanza:* los elementos semejantes se agrupan en estructuras superiores.
4. *Ley de la organización del campo:* hay una tendencia a completar las imágenes incompletas mediante la percepción.

Preestablecidas dichas leyes, se enuncian las siguientes premisas comunes a todo proceso de percepción e independientes del sujeto que percibe:

1. Los elementos no se perciben independientemente, sino relacionados en un conjunto. Estas configuraciones son las Gestalts. De esta forma, percibimos ordenando los elementos en cada área de la percepción.
2. Hay siempre una relación figura-fondo, que puede invertirse, pero nunca pueden percibirse a la vez.

3. Las formas percibidas proceden de preformas y, si éstas son incompletas, tienden a completarse.
4. Se percibe con constancia.
5. Hay ciertas formas que se perciben mejor que otras, formas buenas que tienen gran «pregnancia».

A través de lo establecido por la psicología experimental y por la psicología de la Gestalt, se puede concluir que la percepción es un proceso activo gracias al cual podemos inventar o corregir sensaciones (estímulos recibidos), pues, más allá de ser un proceso fisiológico en el que la excitación de un receptor crea un estímulo que es transmitido por vía nerviosa hasta el cerebro, donde se percibe y se reconoce, depende de diferentes factores personales y ambientales (del campo) que la modifican.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

ALTERACIONES CUANTITATIVAS DE LA PERCEPCIÓN

Por exceso

Son las hiperestesias en la que se produce un aumento de intensidad de la sensibilidad táctil del sujeto (dolor, cambios de temperatura, etc.). Suelen ser características de fases maníacas y cuadros tóxicos. Dentro de este grupo se pueden incluir las parestesias, que se caracterizan por la aparición de sensaciones táctiles sin estímulo alguno, típico de alteración neurológica periférica.

Por defecto

Defectos de percepción primarios o defectos de la percepción propiamente dichos
Son aquellos en que la percepción está afectada con o sin alteración de la conciencia, es decir, son independientes de aquélla. Se deben siempre a alteraciones nerviosas de muy diversa etiología (tóxica, traumática, infecciosa, etc.) y según el grado de afectación se producen las siguientes alteraciones:

1. *Lesión de la vía nerviosa centrífuga:* origina supresión total o parcial de la sensación correspondiente. Se puede producir una anestesia/hipoestesia [anestesia, anulación total de la sensibilidad, e hipoestesia, disminución pero no anulación] facial (local o regional), sordera, ceguera, anosmia o ageusia por afectación de los respectivos nervios craneales, o una anestesia/hipoestesia (local o regional) corporal por afectación nerviosa de la vía sensitiva periférica. Es aquí donde tiene su base la anestesia quirúrgica, local o regional, que actúa, en las vías aferentes sensitivas, mediante sustancias químicas; los anestésicos locales o locorregionales, que producen una inhibición transitoria de estas vías.
2. *Lesiones de las zonas corticales de proyección:* produce la anestesia/hipoestesia, sordera, ceguera, anosmia o ageusia por afectación cerebral cortical. El sujeto carece de «conciencia de la percepción» y se

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

comporta como si no la conociera. Se han de lesionar las áreas 3-1-2 posrolándicas. Se capta la sensación, el estímulo, pero no se puede identificar como una verdadera percepción. Es aquí donde actúan los analgésicos, sustancias que selectivamente conducen a una inhibición neuronal transitoria en áreas corticales del dolor por diferentes mecanismos (por ejemplo, por inhibición de las prostaglandinas).

3. *Lesiones de las áreas corticales parasensoriales:* son las áreas vecinas al área de proyección cortical y dan lugar a las agnosias. Estas zonas intervienen en el proceso de diferenciación de las sensaciones elementales y en su reconocimiento e integración. Según el área afectada puede producirse:
   - *Agnosia visual:* lesiones de las áreas 18 y 19 de Brodmann. Adoptan varios tipos por la combinación de agnosias de espacio (se encuentra afectado el reconocimiento espacial) y agnosias de colores.
   - *Agnosia táctil:* pérdida de la capacidad de discriminación de la intensidad y extensión de las sensaciones táctiles. Se lesionan las áreas parasensoriales táctiles.
   - *Agnosia verbal:* también llamada sordera psíquica por la incapacidad que se produce de diferenciar los sonidos por lesión de las áreas 41 y 42 de Brodmann. Puede ser sordera verbal (incapacidad para diferenciar el lenguaje hablado) o sordera tonal, melódica o rítmica (incapacidad para diferenciar sonidos musicales), esta última muy rara.
   - *Agnosias gustativas y olfativas:* imposibles de diferenciar de las anosmias y las ageusias verdaderas.
4. *Lesiones de los centros que permiten la percepción de la pregnancia simbólica de los objetos percibidos:* da lugar a la asimbolia. Suele haber lesión bilateral en áreas de proyección, aunque el hemisferio dominante asume el mando de la función y causa una asimbolia contralateral. En la agnosia también es contralateral, pero la lesión es unilateral. Es difícil establecer la diferencia entre ambas. Pueden ser de cualquier sensación, pero las típicas son las táctiles, en que se pierde el componente simbólico de la percepción, con incapacidad para reconocer los objetos mediante el tacto.

Defectos de la percepción secundarios a trastornos de la conciencia

Los trastornos del nivel de conciencia, ya sean por defecto o por exceso, llevan aparejado siempre un trastorno de la percepción, ya que la conciencia es previa a las demás funciones psíquicas del sujeto. De los trastornos mencionados, lo único que se produce es un defecto de la percepción, de tipo cuantitativo en relación proporcional con el nivel de conciencia. Nos remitimos, pues, a estos trastornos. Sirvan de ejemplo las «anestesias» inducidas con alcohol, a falta de anestésicos, en épocas pasadas o en las guerras, donde se llegaba al estado de ebriedad del sujeto para curar una herida, extraer una bala, amputar una extremidad, etc. Está claro que de ellas, las tóxicas, fundamentalmente las ocasionadas por el alcohol y las drogas, son las de mayor importancia desde el punto de vista médico-legal en el ámbito penal.

ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA PERCEPCIÓN

Seudopercepciones o percepciones anormales

Ilusiones

Es una percepción errónea en que se produce una deformación de lo percibido con los rasgos añadidos por la fantasía del sujeto. Hay que diferenciar las ilusiones de las pareidolias, que son percepciones en que, partiendo de un estimulo real que tiene cierta semejanza con un registro nuestro, las confundimos. No tienen identidad clínica por lo general, si bien, en ocasiones, pueden estar producidas por tóxicos, estados de fatiga, cansancio, etc.

Tipo de ilusiones según su causa

- *Ilusiones afectivas o emotivas:* son las producidas por un estado emocional concreto de deseo, miedo o ansiedad, que hacen que se produzca una analogía entre lo que realmente existe o sucede y lo que percibimos, que es lo que esperábamos percibir.
- *Ilusiones por inatención:* se interpretan erróneamente sensaciones procedentes de campos diferentes de aquel en que tenemos centrada nuestra atención, ya sea por recibir varios estímulos a la vez o por tratarse de estímulos monótonos o confusos.

Alucinosis

Hay percepción anómala y sin estímulo que la desencadene, pero con juicio de realidad, es decir, se sabe que es errónea. Es muy elemental y siempre se debe a afecciones neurológicas, generalmente temporales, e intoxicaciones (alcohol etílico, cannabis, etc.).

Alucinaciones

Según Ball (1980), como definición más característica, una alucinación es una percepción sin objeto, sin estímulo real que la produzca. Se trata de percepciones anormales que se caracterizan por:

- Ausencia de objeto real que las produzca.
- Corporeidad: es decir semejanza total con la realidad, de tal forma que los objetos percibidos tienen forma, volumen y color y originan en el sujeto una incapacidad para distinguirlos de la realidad.
- Inexistencia de juicio de realidad por parte del sujeto que la padece.

Las alucinaciones, a su vez, pueden variar en:

- *Intensidad, grado de realidad y corporeidad:* pueden ir desde las muy intensas (visiones nítidas, voces o ruidos fuertes) hasta las más débiles (cuchicheos, murmullos); por lo general, es más claro su significado patológico cuanto mayor sea su intensidad.
- *Estabilidad, grado de permanencia:* pueden ser momentáneas o bien permanentes, y éstas, a su vez, ser del mismo contenido (alucinaciones estables) o bien de contenido diferente (alucinaciones variables).
- *Complejidad:* pueden estar constituidas por sensaciones elementales

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

(alucinaciones simples) o por muchas y muy diferentes sensaciones (alucinaciones complejas).

– *Localización en campo sensorial:* por lo general, las alucinaciones se localizan en su propio campo sensorial (se perciben voces a través de los oídos, se ve a través de los ojos), si bien en ocasiones pueden producirse fuera de aquél (ver los pensamientos, oler con las manos), alucinaciones que se denominan extracampinas.

Las alucinaciones pueden aparecer en todos los campos sensoriales y, según éstos, se pueden diferenciar en:

– *Alucinaciones visuales:* van desde las más simples, consistentes en destellos luminosos o visión coloreada (visión en la que predomina un color sobre los demás), denominadas fotopsias, hasta aquellas más complejas en las que se afecta todo el campo visual y el sujeto percibe visiones de la vida real, denominadas alucinaciones escenográficas; se denominan oníricas cuando el contenido y la forma de suceder las cosas se parecen a los sueños. Las alucinaciones visuales son características de psicosis externas (LSD), alteraciones cerebrales (estados crepusculares de tipo epiléptico) y, en menor grado, en la esquizofrenia.
– *Alucinaciones auditivas:* son las más frecuentes y son típicas de esquizofrenia. Si son simples y se limitan a la percepción de ruidos, se denominan acoasmas; mientras que las complejas, en que se perciben palabras, frases o música, se denominan fonemas. En éstos, a su vez, se distinguen entre los denominados fonemas dialogados, cuando se perciben voces que mantienen una conversación, y ecos del pensamiento, cuando las voces percibidas reproducen el pensamiento del sujeto.
– *Alucinaciones cenestésicas o de la imagen corporal:* el cuerpo se percibe de forma anormal, con «extrañeza», lo que produce al enfermo un falso concepto sobre su cuerpo en relación con su tamaño, altura, volumen, número de extremidades, material del que está hecho, etc. Cuando las alucinaciones se refieren al movimiento del cuerpo, activo o pasivo, y de todo (siente que lo empujan o lo mecen) o parte de él (le mueven sus extremidades), se denominan alucinaciones cinésicas.
– *Alucinaciones olfativas y gustativas:* por lo general, consisten en la percepción de olores o sabores desagradables que van unidos a alteraciones del pensamiento de tipo delirante (alguien lo quiere envenenar contaminando el aire o la comida, o lo quieren perjudicar creando malos olores en su espacio habitable). Suelen presentarse en la esquizofrenia, intoxicaciones y enfermedad orgánica cerebral (del lóbulo temporal).
– *Alucinaciones táctiles:* pueden tratarse de simples contactos o sensaciones complejas (que lo sujetan, lo abrazan o lo acarician).

Seudoalucinaciones

Si bien, al igual que la alucinación, es una percepción anormal sin objeto real que la produzca, a diferencia de aquélla se proyecta o surge desde el campo interno, de la realidad interior del sujeto, y no tiene, o es mínimo, el carácter de realidad y corporalidad, si bien el sujeto no tiene conciencia

de enfermedad y, por lo tanto, está convencido de tales percepciones. Suelen darse en la esquizofrenia.

Anomalías del campo de la percepción

Sinestesias

Es la suma de dos campos perceptivos a la vez, de tal forma que se asocian sensaciones de distintas áreas sensoriales en una misma vivencia; por ejemplo, que al oír música se despierten sensaciones coloreadas o se perciban olores. Son típicas de la esquizofrenia y por consumo de tóxicos.

Escisión de la percepción

Consiste en que un objeto no se percibe como un todo, sino como sensaciones simultáneas pero separadas o escindidas; por ejemplo, la visión de una persona no se percibe como tal, sino cabeza, extremidades y cuerpo por separado. Frecuente en esquizofrenia y estados de intoxicación (LSD, mezcalina).

Caracteres anómalos de la percepción

Desrealización

Es una alteración de la percepción de la realidad que rodea al sujeto, semejante a los fenómenos paramnésicos de la memoria con fallos del reconocimiento. Mediante este mecanismo se producen las sensaciones de «lo nunca visto o nunca vivido» *(«jamais vu»)* o de «lo ya visto o ya vivido» *(«déjà vu»).* Da lugar a falta de reconocimientos o impresión de extrañeza ante lo que ya se conoce o bien a impresión de familiaridad ante lo que se desconoce. La desrealización es frecuente en la epilepsia temporal, con un falso reconocimiento, y en las psicosis exógenas y endógenas, o en estados de fatiga, cansancio, angustia o ansiedad, por lo general sin significación clínica alguna.

Despersonalización

Es una alteración de la percepción de uno mismo, de su persona, que da lugar a la sensación de sentirse distinto, de extrañeza o incluso de no reconocerse. Se produce en la esquizofrenia, los trastornos disociativos (de conversión) y, con menor frecuencia, en la depresión.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología de la afectividad

16

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de afectividad 169
Trastornos de la afectividad 171
Alteraciones cuantitativas o del estado de ánimo (distimias) 171
Depresión 171
Manía 171
Alteraciones cualitativas o de las emociones 171
Ansiedad-angustia 171
Irritación afectiva 172
Labilidad emocional 172
Incontinencia emocional 172
Indiferencia afectiva 172
Ambivalencia afectiva 172
Disociación afectiva 172

CONCEPTO DE AFECTIVIDAD

La palabra afectividad procede del término latino *afectus* y coloquialmente se entiende como el conjunto de emociones y sentimientos de la persona. Desde el punto de vista psicodinámico, la afectividad se define como el desarrollo de la predisposición o la capacidad de querer.

La psicología considera que es el componente básico de todo el psiquismo y, por lo tanto, indisociable de las demás actividades psíquicas. Acompaña a toda idea y acto y forma parte de la personalidad humana a la cual, a su vez, moldea, desarrollándose en un bucle de doble dependencia o *feedback*, ya que se nutre de las vivencias del sujeto y matiza o condiciona cualquier acto de la persona, de tal forma que contribuye a orientar la conducta humana hacia distintos objetivos.

Podemos considerar las siguientes características:

– Está gobernada por el binomio necesidad-satisfacción y discurre siempre entre los dos polos opuestos placer-displacer (alegría-tristeza; agrado-desagrado; sufrimiento-gozo, etc.).
– Constituye una de las funciones psíquicas «encubiertas» del ser humano, ya que no puede observarse directamente, sino indirectamente a través del lenguaje (enlentecido, enfatizado, etc.), la motricidad (enlentecimiento, hiperactividad, etc.) y los signos somáticos (palidez, rubor, piloerección, etc.).

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

– Responde al trinomio estímulo-recepción-respuesta.
– Incluye dos aspectos diferenciados: estado de ánimo y estado emocional.

El estado de ánimo se refiere al dintel, aspecto cuantitativo, en el que se halla nuestra afectividad (capacidad de sentir, de querer, de responder, etc.) en un momento dado; ánimo deriva de *anĭma,* alma en latín, por lo que se aludía, según su acepción genérica, al «estado del alma» en un momento dado. Desde el punto de vista de la psicología moderna, el estado de ánimo se interpreta como la disposición de la persona en un momento dado a ser receptivo hacia el entorno y los demás. Por el contrario, el estado emocional se refiere al aspecto cualitativo de la afectividad, es decir, no se refiere a cuán receptiva es una persona en un momento dado, sino a la forma, a cómo lo hace y cómo responde.

Es similar a los términos de nivel de conciencia y orientación; el nivel de conciencia se refiere a lo despierto que se está para poder recibir información de nosotros mismos y del mundo que nos rodea, y la orientación a cuál es la información que obtenemos.

El estado emocional integra, a su vez, los sentimientos, las emociones y las pasiones, términos que, si bien pueden parecer sinónimos, tienen entre sí ciertas diferencias.

Los sentimientos se encuentran más próximos a la dimensión psíquica de la persona, a su aspecto sensible (al alma, desde el punto de vista filosófico), y se considera como la disposición de poder experimentar placer o dolor (psíquico, no físico); en este sentido, es el eje central o la base de la afectividad.

Las emociones, sin embargo, se hallan más próximas a la dimensión somática y comportamental del ser humano. Según Pinillos (1994), la emoción es un «estado de alteración afectiva, originado normalmente por una situación que amenaza, frustra o excita al sujeto y que se manifiesta somáticamente por cambios glandulares y de la musculatura lisa, por alteraciones conductuales y, naturalmente, por cambios neurofisiológicos y endocrinos considerables». La diferencia entre ambas quizá pueda quedar clara en la descripción que KANT hacía de las emociones a partir de los sentimientos, que las consideraba como un sentimiento más rápido, más intenso y más acompañado de expresión corporal.

En el otro extremo, se hallan las pasiones, consideradas desde el punto de vista psicológico como un sentimiento de gran intensidad y persistencia; Sillamy (1996) las define como «un estado afectivo intenso, estable y duradero y orientado hacia un objetivo exclusivo, susceptible de transformar la propia percepción del mundo» y VALLEJO NÁJERA, como una «inclinación o apetencia irresistibles que se origina por el predominio que adquiere una determinada inclinación sobre las restantes, y que llega a convertirse en una idea fija que pone en juego elementos racionales». En ocasiones, según el mismo autor, se acercan a las ideas sobrevaloradas de Wernicke y, en este sentido, la pasión se puede considerar como todo afecto intenso y permanente hasta el punto de dominar tanto la razón como la voluntad (Ferrater Mora, 1998).

Así pues, se podría afirmar que cuando un sentimiento surge de forma imprevista en la vida psíquica, produce una emoción que suele ir acompañada de una expresión somática y, por el contrario, cuando se vuelve intenso y potente, en que modula en forma profunda y duradera nuestra afectividad y orienta en un sentido dado nuestra vida psíquica interna y la actividad externa, produce una pasión. Se pueden considerar sentimientos el amor o el cariño, el miedo, la

confianza y la desconfianza, la alegría y la tristeza, la amistad y la enemistad, la esperanza; emociones serían la risa y el llanto, un gesto de cariño (un abrazo, un beso), el susto, la agitación o el pánico, la angustia o la ansiedad (sin llegar a estados patológicos), y pasiones serían el patriotismo, el honor, el amor pasional, la envidia, el rencor o el odio.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

ALTERACIONES CUANTITATIVAS O DEL ESTADO DE ÁNIMO (DISTIMIAS)

Depresión

Es una alteración de la afectividad derivada hacia la inhibición (el dintel de la afectividad está por debajo de lo normal) y caracterizada por la pérdida del gusto por la vida, tristeza y enlentecimiento del resto de las funciones psíquicas. Puede aparecer como respuesta normal ante determinadas situaciones de dificultad y/o fracaso de la vida diarias, y ser de corta duración y escasa intensidad (depresiones reactivas), de moderada intensidad y mayor duración, acompañando generalmente a enfermedades psiquiátricas (trastorno por estrés postraumático, trastornos de adaptación) o bien constituir el síntoma central del trastorno psiquiátrico (trastorno bipolar).

Manía

Es el extremo contrario, que se podría definir como la alteración de la afectividad derivada hacia la exaltación (el dintel de la afectividad está por encima de lo normal) y caracterizada por un humor exacerbado en todas sus formas: alegría excesiva, expansividad acusada, prodigalidad, graforrea y verborrea; suele acompañarse de una exaltación del resto de las funciones psíquicas. Puede variar en grado, desde la euforia, considerada como el estado de ánimo alegre y normal (a no ser que se produzca en situación claramente inadecuada o incongruente), a la hipomanía, entendida como una manía afable, sociable, caracterizada por una euforia en mayor grado e inmotivada, hasta la manía franca, entendida la euforia en grado máximo y caracterizada por ir acompañada de agresividad y agitación psicomotriz, característica de los trastornos bipolares.

ALTERACIONES CUALITATIVAS O DE LAS EMOCIONES

Ansiedad-angustia

Se emplean como términos sinónimos, si bien la diferencia entre ellos es de grado de intensidad del trastorno. Se considera como estado de ansiedad aquel que cursa con un temor no imputable a ninguna motivación real, y suele acompañarse de síntomas neurovegetativos (tics, sensación de necesidad de miccionar con frecuencia, cefaleas, etc.). Puede originarse como respuesta a una situación concreta de tipo estresante, lo que comúnmente se denomina nerviosismo, o bien ser un síntoma que acompaña a trastornos psiquiátricos de mayor entidad, como sucede en fases depresivas (depresión reactiva, trastorno bipolar), trastorno de estrés postraumáti-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

co, trastorno de adaptación y la mayor parte de las neurosis. La angustia se refiere al mismo estado, si bien de mayor intensidad, y se caracteriza por la sensación de peligro inminente e inmotivado que invade al sujeto y lo impulsa interiormente hacia una catástrofe inminente, que se acompaña de sentimiento de aniquilamiento, actitud expectante ante dicho peligro, desorganización, confusión y sentimientos de impotencia. Se acompaña de síntomas neurovegetativos de mayor intensidad como disnea, taquicardia, palidez, etc. Suelen acompañar como estructura de base a trastornos psicóticos y neuróticos o bien pueden formar parte de los trastornos por estrés y de adaptación. En ocasiones, se presentan en forma de crisis (crisis de angustia), muy aparentes por ir acompañadas de estupor, confusión, agitación, perplejidad, etc., que o bien no tienen significación clínica alguna y se tratan de reacciones ante situaciones estresantes mantenidas o bien dejan entrever un trastorno de personalidad de tipo histriónico o, cuando menos, rasgos histriónicos de personalidad acentuados. En ocasiones la ansiedad o la angustia no tienen carácter psicopatológico, sino que acompañan a enfermedades orgánicas como la crisis de asma, angina de pecho o infarto de miocardio.

Irradiación afectiva

Es la capacidad de un sujeto de que los demás sintonicen con su estado afectivo. Más que trastorno afectivo se trata más bien de una característica de algunas personas, si bien determinados trastornos mentales presentan irradiación afectiva, como sucede en los episodios maníacos.

Labilidad afectiva

Es la alteración afectiva consistente en pasar de un estado de ánimo a otro con gran facilidad; es típico de los estados depresivos y de la esquizofrenia.

Incontinencia emocional

Se caracteriza porque el sujeto pasa de un estado de ánimo normal a la tristeza (estado deprimido) o a la euforia de forma repentina y sin motivo alguno. Son típicas las risas o llantos inmotivados en la esquizofrenia, fundamentalmente en las formas hebefrénica y simple.

Indiferencia afectiva

Se trata de una alteración afectiva que se caracteriza porque el sujeto parece que no siente ni padece, típica de la esquizofrenia residual y del trastorno antisocial de la personalidad.

Ambivalencia afectiva

Es la coexistencia en una persona de dos afectos opuestos hacia una misma cosa o persona y al mismo tiempo. Suele hallarse en los trastornos psicóticos.

Disociación afectiva

Es la falta de concordancia entre la ideación y el estado afectivo; por ejemplo, estar eufórico y tener una ideación suicida. Suele presentarse igualmente en trastornos o episodios psicóticos.

Psicopatología de la inteligencia

17

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de inteligencia 173
Trastornos de la inteligencia 175
Retraso mental 175
Demencias 178

CONCEPTO DE INTELIGENCIA

La inteligencia, tal como la concibe hoy en día la psicología científica, es una función psíquica que en sí misma es inobservable, aunque puede deducirse a través del comportamiento y la forma de actuar de la persona (conducta inteligente) y, a diferencia del resto de las funciones psíquicas, es medible. Se puede definir como la capacidad de comprender, recordar, integrar y utilizar de manera conveniente lo ya aprendido, con la finalidad de resolver nuevas situaciones planteadas (Marcó et al., 1990).

Desde el punto de vista neurofisiológico, la inteligencia se basa en las estructuras neurológicas cerebrales del individuo, de tal forma que el nivel intelectivo se relacionaría con la abundancia y la complejidad de las conexiones neuronales, que dependen a su vez de un potencial genético y cuyo desarrollo estaría condicionado por los estímulos ambientales. Esto da lugar a que una parte de la inteligencia sea de base genética y otra parte sea adquirida.

Como decíamos antes, la característica principal de la inteligencia es que puede medirse (estudio psicométrico). Es tal la importancia de dicha cualidad que autores como Boring (1950) definen la inteligencia como aquello que miden los test mentales. Cattell (1971), basándose igualmente en la posibilidad de poder medir la inteligencia, distingue entre inteligencia fluida, que es una inteligencia nativa, del grupo social al que se pertenece, y que puede medirse mediante test de información cultural, e inteligencia cristalizada, que resulta de la anterior por la educación y que se mide con test de inteligencia propiamente dichos.

Basándose en la psicometría, el análisis factorial (conjunto de procedimientos matemáticos-estadísticos para el estudio de la conducta humana con el objeto de transformar la gran cantidad de variables que tiene en un menor número de categorías o factores totalmente independientes) pretende hallar los factores fundamentales de la inteligencia que son independientes entre sí, es decir, que no están correlacionados.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

La correlación es la concomitancia que se observa entre dos o más variables; existe correlación entre aquéllas cuando a medida que varía una lo hace la otra. De esta forma, cuando se aplican varios test a un grupo de personas, si las primeras en uno lo son también en los restantes, se dice que hay una correlación entre los test y las aptitudes que miden, y cuando la correlación es muy alta, se considera que existe una unidad funcional entre las aptitudes estudiadas. En este sentido, el análisis factorial pretende determinar si la inteligencia es una sola facultad o un conjunto de facultades, y en tal caso, determinar si éstas se manifiestan en una sola unidad funcional.

La psicometría persigue aplicar la medición matemática a los aspectos observables de la inteligencia, para lo que requiere el uso de reactivos que pongan en marcha una conducta inteligente y evalúe los resultados.

Los reactivos para desencadenar la conducta inteligente son los tests. En términos generales, un test mental es un reactivo que, aplicado a un sujeto en condiciones normales, proporciona una prueba o un testimonio de su aptitud mental. Se dice que está bien diseñado cuando es fiable (mantiene la constancia de sus medidas), válido (mide la aptitud para lo que está diseñado y no otra), homogéneo (cuando todos sus elementos miden la misma función) y sensible (cuando posee gran poder diferenciador entre la población a la que está destinado; cuanto más sensible, más discriminativo).

La evaluación de los resultados se lleva a cabo con las denominadas escalas de medidas. Existen múltiples tipos de escalas, si bien las más utilizadas son:

- *Escalas cronológicas:* se basan en que una puntuación es característica de una edad dada cuando la mayoría de los sujetos de esa edad obtienen éxito en esa prueba y fracasa una minoría. De esta forma, la edad mental representa el grado de éxito en la prueba y su cociente entre la edad cronológica permite establecer el coeficiente intelectual del sujeto.
- *Escalas centiles:* son simplemente medidas de porcentaje que tiene un sujeto respecto al grupo normativo que sirve de comparación. El de mayor puntuación obtiene un percentil 99 (deja por debajo al 99% de los casos); el medio, percentil 50, y el de más baja puntuación, percentil 1 (queda por encima de él el 99% de los casos).
- *Escalas típicas:* las más frecuentes y más usadas en la actualidad. Parten de los valores estadísticos del grupo normativo. La puntuación típica (Z) se obtiene restando a cada caso la media del grupo y se divide por la desviación típica. Se caracteriza porque las puntuaciones típicas son unidades constantes que se adaptan a la curva normal y soportan todo tipo de operaciones aritméticas y estadísticas.

De los múltiples test y escalas de inteligencia más usados destacamos los siguientes:

1. Test de inteligencia para niños:
   a) Test de Benet-Simon y sus revisiones: es un test individual que comprende preguntas de diversa naturaleza y la anotación es en edad mental. Sus revisiones, en particular la de Standford y Terman, casi lo han reemplazado y permiten calcular el cociente intelectual.

b) Test de Wechsler para niños: prueba individual, está constituida por una serie de test paralelos; la media de resultados permite hallar la inteligencia general. El resultado se anota en medidas equivalentes a la desviación tipo y se relacionan con la edad cronológica del niño.

c) Los test de Gesell: para medir la inteligencia de los niños en edad preescolar desde el nacimiento. Se trata de pruebas diversas y afines de tipo motriz, que permiten hallar la edad mental y el cociente de desarrollo, y son muy útiles en pediatría.

2. Test de inteligencia en adultos:

a) Escala de inteligencia de Wechsler: son 10 pruebas individuales. La media se expresa en desviación tipo (no en cociente intelectual como suele denominársele). Es el más empleado en clínica y tiende a ser sustituido por una revisión conocida como WAIS, basada en el mismo principio.

b) Test de factor G: por lo general, aplicable de forma colectiva. El sujeto debe describir relaciones en deducción de distinta dificultad. Casi siempre en forma no verbal. Existen diversos: entre ellos, el test de las matrices progresivas y el de Raven.

c) Test de aptitudes: la mayor parte de los test modernos se basan en resultados de análisis factorial y tienden a medir un factor en estado puro como sea posible. Hay uno o varios test para cada factor. Se han hallado muchos. Se utilizan baterías de pruebas que permiten hallar varios factores a la vez en un individuo y así poder establecer un perfil de aptitudes.

Hemos de indicar que el diagnóstico de cualquier trastorno de la inteligencia ha de ser clínico y psicométrico. La exploración clínica es fundamental porque nos permite sospechar un déficit intelectivo y, sobre esta sospecha, establecer la confirmación con la psicometría. Esta última debe servir de base a la exploración clínica pero nunca sustituirla. El diagnóstico clínico debe estar basado en una exploración psíquica minuciosa y en la que se descartan posibles maniobras de simulación ante la existencia de datos que hagan sospechar un déficit intelectivo; una vez descartada la posible simulación, el diagnóstico psicométrico podrá confirmar el déficit y, a su vez, cuantificarlo, y éste se basará en la validez, la sensibilidad, la fiabilidad y la homogeneidad de los test.

TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA

RETRASO MENTAL

En la actualidad debe utilizarse el término retraso mental, aunque el término «oligofrenia», acuñado por KRAEPELIN (del griego *oligos*, que significa «poco», y *frenia*, que significa «mente»), fue de aceptación mundial, si bien los autores franceses utilizaban el término «debilidad mental» y los italianos, «frenastenia». Como rasgos principales en la «oligofrenia» se describe escasez y deficiencia de ideas y conceptos, lo que unido a un escaso grado de experiencias y déficit de asociación ideativa conduce a un rendimiento intelectivo general deficitario.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Se suele denominar retraso mental al conjunto de síntomas derivados de un insuficiente desarrollo o de un retardo en el proceso de madurez mental del individuo en relación con el nivel que le correspondería por su edad. Inicialmente, pues, supone una disminución cuantitativa en el desarrollo psíquico, pero con posterioridad, y en edades tempranas, conduce a trastornos de la conducta. Por lo general, engloba un déficit de inteligencia y conocimientos (oligognosia), un déficit de sentimientos (oligotimia) y un déficit del desarrollo psicomotor (oligopraxia).

Bueno (1979) establece una clasificación etiológica en la que diferencia diez categorías de causas (entre paréntesis la frecuencia según el estudio efectuado por Bueno y Olivares, 1979, sobre un total de 1.072 niños):

1. *Infecciosas (4,57%):* producidas por procesos infecciosos que afectan al desarrollo cerebral, bien durante el período prenatal (rubeola, toxoplasmosis, etc.) o posnatal (meningitis, encefalitis, etc.).
2. *Agentes tóxicos (1,11%):* entre ellos se incluyen las encefalopatías bilirrubínicas o tras inmunización, fibroplasia, intoxicaciones específicas, diabetes materna y otras.
3. *Traumáticas (20,89%):* producidas por agentes traumáticos que actúan en el período prenatal (radiación, intentos de aborto, etc.), intranatal (sufrimiento fetal agudo) o posnatal (enfermedad hemorrágica del recién nacido, hematoma subdural, disnea, traumatismos cerebrales diversos, etc.).
4. *Trastornos metabólicos (3,91%):* hipercalcemia idiopática, hipotiroidismo, hipernatremia, alteraciones del metabolismo de los aminoácidos (fenilcetonuria, homocistinuria, etc.), de los lípidos (gangliosidosis Tay Sachs, cerebrosidosis de Gaucher, esfingolipoidosis de Niemann-Pick, degeneración hepatolenticular de Wilson, etc.) y de los glúcidos (galactosemia, glucogenosis, mucopolisacaridosis, etc.).
5. *Aberraciones cromosómicas (13,99%):* autosómicas (síndrome de Down, que es la causa del 11,66% de todos los retrasos mentales), otras trisomías (síndrome del maullido del gato), gonosomopatías (síndrome de Turner, de Klinefelter, triple X) y formas mixtas o autogonosomopatías.
6. *Neoformaciones (0,93%):* incluyen las neoplasias intracraneales específicas y las facomatosis (neurofibromatosis de Von Reckling-Hausen, angiomatosis cerebrotrigeminal Sturge Weber, esclerosis tuberosa de Bourneville, ataxia-telangiectasia de Louis Bar, etc.).
7. *Infecciones prenatales desconocidas (7,55%):* defectos cerebrales congénitos (anencefalia, lisencefalia, porencefalia, hidrocefalia, etc.), anomalías craneales primarias (craneoestenosis, hipertelorismo, enfermedad de Crouzon), microcefalia primaria, síndromes de nanismo intrauterino y de Laurence-Moon-Biedl, mielomeningocele y malformaciones múltiples diversas.
8. *Causa desconocida con signos neurológicos (18,09%):* leucodistrofias, ataxia de Friedreich, trastornos motores, epilepsia (12,96%) y otras alteraciones por causa desconocida pero con disminución cerebral estructural.

9. *Causa desconocida sin signos neurológicos (25,46%):* incluye el denominado «retraso mental familiar-cultural», las condiciones asociadas con ambientes desfavorables, las secuelas de psicosis infantiles o trastornos graves de la personalidad y otras alteraciones debidas a una causa incierta con reacción funcional (16,97%).
10. *Más de una causa probable (3,45%).*

La Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2007), en su décima revisión (CIE-10), en el capítulo V, «Trastornos mentales y del comportamiento», sobre el retraso mental establece: Es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades que contribuyen al nivel general de inteligencia, es decir, cognitiva, lenguaje, motora, y las habilidades sociales. El retraso puede ocurrir con o sin ninguna alteración mental o física.

Los grados de retraso mental, de forma convencional, se evalúan con los test de inteligencia estandarizados, complementados por las escalas de valoración de la adaptación social en un entorno determinado, medidas que proporcionan una indicación aproximada del grado de retraso mental; un experto cualificado debe realizar el diagnóstico.

Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden mejorar como resultado de la capacitación y la rehabilitación, por lo que el diagnóstico debe basarse en los niveles actuales de funcionamiento del sujeto.

Se emplean los siguientes caracteres de subdivisión a continuación de las categorías de la CIE-10 (F70-F79) para determinar el grado de deterioro de la conducta:

0: deterioro nulo o mínimo de la conducta.
1: un deterioro significativo que requiere atención o tratamiento.
8: otros trastornos de la conducta.
9: sin mencionar la alteración de la conducta.

A su vez, la CIE-10 (OMS, 2007) distingue los siguientes tipos de retraso mental, basados en el coeficiente intelectual:

– *Retraso mental leve:* cociente intelectual aproximado de 50 a 69 (en adultos, la edad mental de 9 años a menores de 12). Puede dar lugar a algunos problemas de aprendizaje académico. Muchos adultos serán capaces de trabajar y mantener buenas relaciones sociales y contribuir a la sociedad. Incluye los términos debilidad mental y subnormalidad mental leve.
– *Retraso mental moderado:* cociente intelectual aproximado entre 35 y 49 (en adultos, la edad mental de 6 años a menores de 9). Puede dar lugar a retrasos marcados en el desarrollo en la infancia, pero la mayoría puede aprender a desarrollar un cierto grado de independencia en el autocuidado y la adquisición de una comunicación adecuada y habilidades académicas. Los adultos tendrán diferentes grados de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad. Incluye subnormalidad mental moderada.
– *Retraso mental grave:* cociente intelectual aproximado entre 20 y 34 (en adultos, la edad mental de 3 años a menores de 6).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Probablemente necesiten cuidado permanente. Incluye subnormalidad mental grave.

– *Retraso mental profundo:* cociente intelectual menor de 20 (en adultos, edad mental inferior a 3 años). Padecen grave limitación en el autocuidado, la continencia, la comunicación y la movilidad. Incluye subnormalidad mental profunda.

Incluye también las categorías «Otro retraso mental» y «Retraso mental sin especificación».

DEMENCIAS

Es un déficit mental adquirido, de naturaleza lesional, ya sea por destrucción o por degeneración del tejido cerebral, en el que, a diferencia del retraso mental, quedan afectadas, en mayor o menor grado, las demás funciones psíquicas además de la inteligencia, a lo que se suma la afección de otras funciones orgánicas; son de carácter progresivo y conducen finalmente a una total destrucción de las facultades mentales y capacidades personales; en sus fases finales, reducen al individuo a un estado casi vegetativo y con invalidez social y personal totales (Marcó et al., 1990).

La CIE-10 (OMS, 2007) define la demencia como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia (nivel de conciencia) permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

Hay diversos tipos de demencia según su etiología y su forma de presentación clínica, si bien el rasgo general es la afección progresiva de múltiples funciones corticales superiores, considerándose resultante un déficit intelectivo, motivo por el que debe quedar incluida como trastorno de la inteligencia.

Las formas clínicas que contempla la CIE-10 (OMS, 2007) en su capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento) están codificadas dentro de la categoría «Trastornos mentales orgánicos», entre los cuales incluye los siguientes tipos de demencia:

1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer:
   – Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
   – Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
   – Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
   – Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.
2. Demencia vascular:
   – Demencia vascular de inicio agudo.
   – Demencia por infartos múltiples.
   – Demencia vascular subcortical.
   – Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
   – Otras demencias vasculares.
   – Demencia vascular no especificada.

3. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar:
   - Demencia en la enfermedad de Pick.
   - Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
   - Demencia en la enfermedad de Huntington.
   - Demencia en la enfermedad de Parkinson.
   - Demencia en la infección por VIH.
   - Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.
4. Demencia no especificada.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Psicopatología de la conducta motriz

18

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de conducta motriz 181
Trastornos de la conducta motriz 181
Trastornos de la conducta motriz de expresión oral o fónica 181
Trastornos de la psicomotricidad 182
Por exceso 182
Por defecto 183
Trastornos de la conducta motriz propiamente dichos 183

CONCEPTO DE CONDUCTA MOTRIZ

Puede entenderse como conducta motriz la capacidad de realizar una acción o un movimiento con control voluntario del sujeto. En ella, el control voluntario de movimientos aislados se denomina psicomotricidad, entendiendo por tal la expresión corporal, derivada de la personalidad y las funciones psíquicas (estado de ánimo, pensamiento, etc.), y que, si bien es verdad que puede escapar al control voluntario como expresión inconsciente (puede manifestarse como si de actos reflejos se tratara), es capaz de controlarse voluntariamente en el momento en que el sujeto es consciente de ella. La risa, el llanto, saltar de alegría o la sensación corporal de «los nervios en el estómago», etc., no son más que expresiones corporales del estado psíquico del sujeto, y forman parte de su psicomotricidad.

Es precisamente cuando la conducta motriz escapa al control de la voluntad, en que el sujeto es consciente de ella, cuando se habla de psicopatología de la conducta motriz. Ésta, a su vez, es reflejo de la psicopatología de las funciones psíquicas de forma aislada, y puede que sin mayor significación clínica (temblor por estado de ansiedad o miedo), o bien de enfermedad o trastorno mental (convulsiones en la epilepsia).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA MOTRIZ

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA MOTRIZ DE EXPRESIÓN ORAL O FÓNICA

1. *Ecolalia:* es la imitación patológica del lenguaje de otra persona, en que se repiten sus palabras, parte de ellas, frases o incluso terminaciones. Sucede

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

en algunos casos de esquizofrenia catatónica y algunos episodios delirantes injertados en trastornos bipolares. Puede considerarse igualmente «trastorno cualitativo de la forma o curso del pensamiento».

2. *Balbuceo:* consiste en un lenguaje espasmódico y titubeante que generalmente produce la ligera interrupción durante la fonación con efecto de repetición de las sílabas iniciales de las palabras. Cuando alcanza un grado intenso, se denomina tartamudez, que tiene una cualidad más detonante en la pronunciación y la repetición silábica.
3. *Verbigeración:* es la repetición de palabras o frases sin ningún sentido.

TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD

Por exceso

– *Ecopraxia:* imitación patológica de los movimientos de otra persona. Es característica de la esquizofrenia catatónica.
– *Gesticulación:* imitación de gestos.
– *Estereotipia:* repetición continuada del lenguaje o las acciones.
– *Manierismo:* conjunto de movimientos involuntarios estereotipados.
– *Hipercinesia:* excesiva actividad motriz. Si ésta se acompaña de una elevada ansiedad, se denomina agitación. En ocasiones puede conllevar actividad violenta.
– *Tics:* son contracciones espasmódicas intermitentes de la musculatura de la cara u otra parte del cuerpo, que se repite a intervalos frecuentes, sin estímulos externos y de forma automática.
– *Automatismo:* realización inconsciente de actos con significado simbólico.
– *Temblor:* movimientos oscilatorios rítmicos, involuntarios y regulares, de una parte del cuerpo, por contracción alterna de músculos agonistas y antagonistas. Puede no tener significación patológica alguna, más que nada es un medio inconsciente de liberación de ansiedad, o ser consecuencia de enfermedad física (parkinsonismo, alcoholismo) o psíquica (delírium trémens, histeria, etc.).
– *Convulsiones:* crisis de movimientos involuntarios de carácter tónico-clónico, generalizadas o en determinados grupos musculares, en forma de accesos de contracciones musculares bruscas y de duración limitada. Pueden ser sólo tónicas (los músculos permanecen rígidos), clónicas (los músculos se contraen y relajan alternativamente de una forma brusca, con la consiguiente agitación de la zona en que se producen) o tónico-clónicas (se producen fenómenos de ambas clases de convulsiones). Su etiología es múltiple e incluye muy diferentes procesos, como epilepsia, histeria, daño cerebral, alcoholismo, estados febriles, infecciones (tétanos) o intoxicaciones (estricnina, cianuro). Las epilépticas se caracterizan por ir precedidas de un aura premonitoria antes de ocurrir el ataque epiléptico y pérdida de la conciencia durante su desarrollo, desde la obnubilación hasta el coma; tras la crisis la conciencia se recupera lentamente, y persiste cierto grado de estupor, cefalea y fatiga y siempre con amnesia de la crisis. Son tónico-clónicas, se producen apnea y cianosis durante la fase tónica, y contracciones muy bruscas durante la fase clónica, con gran agitación y la posibilidad de lesiones (típica la mordedura de la lengua si no se protege).

Por defecto

- *Flexibilidad cérea:* mantenimiento de posturas «impuestas» de una parte del cuerpo, de tal forma que la extremidad presenta «aspecto de cera». Característica de la esquizofrenia catatónica y de síndromes orgánico-cerebrales.
- *Cataplejia:* pérdida brusca pero transitoria del tono muscular, acompañado o no de pérdida de conciencia.
- *Catalepsia:* permanencia en una posición o actitud fija con la pérdida transitoria de poder ejecutar movimientos; en este estado se mantiene flexibilidad cérea, de tal forma que se puede imponer posturas. A medida que transcurre el tiempo, las extremidades van recobrando su posición original. Puede hallarse en la catatonia, en epilepsia, tumores cerebrales, parálisis general progresiva y otros.
- *Pérdida inconsciente de control de esfínteres:* enuresis, pérdida del control del esfínter vesical; encopresis cuando es el esfínter anal.
- *Obediencia autómata:* cumplimiento automático de toda postura indicada por el explorador.
- *Negativismo:* oposición sistemática a todo lo que se le indica al individuo.
- *Inhibición psicomotriz:* hipoactividad, enlentecimiento o nulidad motriz de forma inconsciente.
- *Catatonia:* bloqueo total de la actividad voluntaria, por lo general se conserva la automática. En los casos leves, puede haber estereotipias verbales, posturales y de movimiento. El enfermo puede permanecer en el mismo lugar y en la misma postura por tiempo ilimitado, defecando y orinando. Se acompaña generalmente de mutismo o de un lenguaje reducido con repetición monótona de un mínimo círculo de ideas. Se diferencian la forma hipocinética y la hipercinética. La hipocinética se caracteriza por la pérdida de toda iniciativa, con reducción o anulación total de movimientos, conservación de las posturas impuestas, flexibilidad cérea y mutismo. En la forma hipercinética hay movimiento del cuerpo de forma localizada o generalizada, en forma de episodios de agitación.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA MOTRIZ PROPIAMENTE DICHOS

1. *Sonambulismo:* episodio de variable duración en el que el sujeto dormido se levanta y realiza acciones automáticas, con amnesia posterior. Se produce durante la fase más profunda del sueño.
2. *Rituales obsesivos:* se produce la repetición permanente de una acción (lavarse repetidamente las manos, contar cosas, comprobación repetida de si están cerradas las llaves del gas, grifos, ventanas, etc.). Es típica de personalidades con rasgos obsesivos, si bien alcanza su grado máximo en el trastorno obsesivo-compulsivo y en el trastorno anancástico de la personalidad, en que se presentan como complejos rituales que van más allá de la mera repetición de una acción, y se prolongan en su duración o número de repeticiones.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

3. *Trastornos del control de los impulsos o compulsiones:* realización de una acción de manera consciente, pero repetida e incontrolable. Entre las más frecuentes se hallan:
   a) Cleptomanía: compulsión a robar objetos, no por su utilidad o valor.
   b) Dipsomanía: compulsión a ingerir bebidas alcohólicas de forma episódica.
   c) Piromanía: compulsión por el fuego.
   d) Tricotilomanía: compulsión a arrancarse los cabellos.

Imputabilidad en psiquiatría forense

19

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Definición del criterio de imputabilidad 187
Bases de la imputabilidad 188
Criterio cualitativo 191
Criterio cuantitativo 192
Criterio cronológico 193

DEFINICIÓN DEL CRITERIO DE IMPUTABILIDAD

No cabe duda de que una de las tareas más difíciles que se pueden presentar en la labor de asesoramiento de los médicos forenses es informar sobre lo que coloquialmente se llama la «imputabilidad» de una persona, pues, formalmente, de lo que se informa es sobre la integridad o no de las facultades intelectivas y/o volitivas de un sujeto en el momento de llevar a cabo una acción considerada delito.

No obstante, antes de entrar en la forma en que se puede acometer tal tarea, hace falta familiarizarse con una serie de conceptos para poder plasmar de forma adecuada las conclusiones a las que se llegue finalmente en el informe.

En definitiva, se trata de establecer con este tipo de reconocimientos la relación de causalidad psíquica entre el hombre y la acción que lleva a cabo, como base de su imputabilidad y, a su vez, la existencia de ésta como requisito previo a la exigencia de responsabilidad y culpabilidad por parte de los tribunales. El primer concepto a tener en cuenta es el de imputabilidad, con el que, si bien es verdad que es un concepto estrictamente jurídico, han de estar familiarizados los peritos médicos, lo que no implica que éstos se expresen en sus informes utilizando dicho término, como en ocasiones ocurre o se les exige, lo cual es más que discutible.

Según Gisbert Calabuig (2004 e), la imputabilidad puede definirse como «el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requeridas por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquéllas». Según esta definición, desde el punto de vista médico-legal, lo esencial es la alusión a las condiciones psicobiológicas del sujeto a la hora de cometer la acción, es decir, si en dicho momento éstas tenían o no integridad. Por lo que se refiere a la segunda parte de la definición, donde se determina que dichas condiciones psicobiológicas son las requeridas por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea com-

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

prendida tanto ética como psíquicamente causada por el sujeto, es un concepto puramente legal, y como tal debe determinarlo el tribunal juzgador.

Así pues, entendemos que, por lo que respecta al estudio de la imputabilidad, la misión del perito médico será valorar dichas condiciones psicobiológicas del sujeto y relacionarlas con el hecho antijurídico que a priori se le imputa, y será estrictamente misión del tribunal juzgador determinar si, dadas esas condiciones psicobiológicas, definitivamente se le pueda imputar (lo que se entiende por ser imputable), lo que es requisito previo para exigirle responsabilidad y culpabilidad con base igualmente en las disposiciones legales vigentes.

Es por ello por lo que, en nuestra opinión, el perito médico, el médico forense o el médico legista no han de manifestarse sobre la imputabilidad del sujeto, no es su misión informar al tribunal sobre si el sujeto es imputable o inimputable, sino sólo informar sobre el aspecto médico de dicho concepto, sobre la integridad de las condiciones psicobiológicas en el momento de cometer la acción. Y será el juzgador quien determine sobre su imputabilidad lo que estime conveniente según la información aportada por el perito y el marco legal vigente.

BASES DE LA IMPUTABILIDAD

Las condiciones psicobiológicas referidas se establecen, según la mayoría de los tratadistas, en las siguientes:

1. Un estado de madurez fisiológica y psicológica mínimo.
2. Plena conciencia por parte del sujeto de los actos que realiza.
3. Capacidad de voluntariedad.
4. Capacidad de libertad.

Desde el punto de vista puramente psicológico, dichas condiciones se pueden aunar en dos: inteligencia y voluntad, entendida esta última en un sentido amplio. De esta forma, hace falta que el sujeto tenga la inteligencia mínima para discernir y comprender los actos que realiza, pero a su vez se precisa que tenga libertad de la voluntad, decidir la forma de actuar según su libre albedrío; debe ser capaz por sí mismo de decidir si lleva a cabo tal o cual acción, lo que se traduce en capacidad de conocer y capacidad de actuar según lo conocido. En definitiva, la inteligencia y la voluntad son las bases psicobiológicas, médicas, de la imputabilidad del sujeto, y la misión del médico legista es investigar si en el momento de llevar a cabo la acción éstas se hallaban íntegras o no. En este sentido, la imputabilidad se puede definir como la «capacidad para delinquir».

Pero también la imputabilidad es la «capacidad para cumplir una pena», habida cuenta de lo establecido en el Art. 60.1 del Código Penal: «Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el juez de vigilancia penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que

no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el juez de vigilancia penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias».

Asimismo, en el 60.2 establece que «Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiera prescrito, sin perjuicio de que el juez o tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente».

Este mismo principio de capacidad para cumplir una pena queda reflejado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, pues en su Art. 383 se establece que: «Si la demencia sobreviniera después de cometido el delito, concluso que sea el sumario, se mandará archivar la causa por el Tribunal competente hasta que el procesado recobre la salud, disponiéndose, además, respecto de éste, lo que el Código Penal prescribe para los que ejecutan el hecho en estado de demencia».

Según Gisbert Calabuig (2004 e), reuniendo ambos criterios, se podría entender la imputabilidad en la legislación española como la capacidad de culpabilidad, entendida como «un estado de la persona dotada de conciencia y libertad, que la hace susceptible de ser declarada como responsable y culpable de las acciones u omisiones que comete penadas por la ley, así como de cumplir las sentencias dictadas por los Tribunales».

Esto viene a reforzar aún más el criterio de que la imputabilidad es un concepto puramente legal, si bien sobre una base médica de la que se exige integridad en el sujeto que comete la acción delictiva, lo que implica que posee capacidad para delinquir y capacidad para cumplir una pena; en definitiva, capacidad para ser declarado culpable.

Pero otra razón de peso que avala el criterio anterior se encuentra precisamente en la consideración de la imputabilidad en el Código Penal español. Éste no hace referencia expresa a la imputabilidad, no la define, si bien lo hace de forma negativa, ya que señala las causas de inimputabilidad, estableciendo las diversas circunstancias modificadoras de la responsabilidad, ya atenuándola o bien eximiendo.

Así, el Código Penal en su Libro I («De las disposiciones generales sobre los delitos y las faltas, las personas responsables, las penas, medidas de seguridad y demás consecuencias de la infracción penal»), Título I («De la infracción penal»), establece:

Capítulo II. «De las causas que eximen de la responsabilidad criminal»:

Art. 19: considera la minoría de edad como causa eximente de responsabilidad.

Art. 20: considera causas con base psicobiológica que eximen de responsabilidad:

20.1. Anomalías o alteraciones psíquicas.
20.2. Estados de intoxicación.
20.3. Alteraciones de la percepción.
20.6. Miedo insuperable.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Capítulo III. «De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal»:

Art. 21: establece como causas que atenúa la responsabilidad:

21.1. De forma genérica, «Son circunstancias atenuantes las causas expresadas en el Art. anterior (Art. 20) cuando no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos».
21.2. La actuación del culpable causada por su grave adicción a las sustancias mencionadas en el n.º 2 del Art. 20.
21.3. Arrebato y obcecación.

En ninguno de los mencionados apartados se habla de imputabilidad, no queda definida, sino que se establecen las causas de atenuación o exención de la responsabilidad que, por lo tanto, tienen el carácter de inimputabilidad parcial o total, respectivamente. Y a su vez, son causas de exención o atenuación de la responsabilidad marcadas por la ley con criterios, a veces, puramente biológico (anomalías o alteraciones psíquicas, minoría de edad o intoxicaciones), puramente psicológico (miedo insuperable, arrebato y obcecación) o biopsicológico (alteraciones de la percepción).

Habida cuenta de lo anterior, de igual forma que el médico legista nunca establecerá que un sujeto por ser menor de edad es inimputable, sino que ello viene determinado por la ley y su función será determinar la edad en caso de duda, cuando se trate de causas psicobiológicas que puedan anular o atenuar la responsabilidad del sujeto según lo legalmente dispuesto, tampoco debe establecer su imputabilidad, sino limitarse al estudio de dicha base psicobiológica del sujeto, y hasta qué punto ésta, si se hubiere alterado, afectó a las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto en el momento de la acción que se le imputa. Sobre dicho estudio será el juzgador quien se pronuncie acerca de la imputabilidad del sujeto.

En definitiva, y desde el punto de vista exclusivamente médico, se trata de establecer si en el momento de cometer la acción se hallaban íntegras o alteradas la capacidad de conocer y la de actuar según ese conocimiento. Pero ello se debe abordar en los siguientes extremos:

1. Establecer la causa de alteración, lo que podemos entender como criterio cualitativo. Como antes hemos referido, puede ser puramente biológica, psicológica o biopsicológica, y tratarse de estados psíquicos (sin base patológica) o trastornos mentales.
2. Establecer la intensidad de dicha alteración, lo que podemos denominar criterio cuantitativo.
3. Establecer si la causa de dicha alteración de facultades lo es de forma permanente o transitoria, lo que se denomina criterio cronológico.

Así pues, la base de la actuación libre del ser humano es la integridad de sus facultades de inteligencia y voluntad, lo que le permite conocer y actuar según lo conocido, y éstas pueden verse afectadas en mayor o menor grado debido a estados psíquicos o trastornos mentales (de base psicológica, biológica o biopsicológica), dependiendo de las características propias de éstos, de su intensidad y su permanencia (criterios cualitativo, cuantitativo y cronológico, respectivamente).

Sobre esta base, a fin de poder ser lo más prácticos y explícitos posible, vamos a analizar cada uno de estos criterios para poder adaptarlos posteriormente al análisis de cualquier tipo de acción llevada a cabo en la que haga falta determinar si el sujeto actuaba con plena libertad dada la integridad de sus facultades o, por el contrario, éstas estaban alteradas.

CRITERIO CUALITATIVO

La capacidad de obrar con plena libertad está determinada por una integridad absoluta de las facultades volitivas e intelectivas del sujeto en el momento de cometer la acción. La integridad de dichas facultades asegura la indemnidad de las bases fundamentales de todo acto humano: conocer y obrar según ese conocimiento.

De esta forma, trastornos mentales, ya sean permanentes o momentáneos, que puedan alterar las facultades intelectivas (retrasos mentales, demencias, etc.) y/o volitivas (alucinaciones, intoxicaciones, delirios, etc.) del sujeto en el momento de la acción, alterarían la capacidad para conocer y, por ende, la de obrar según ese conocimiento, lo que daría lugar a una acción no libre (no comprendida o no voluntaria), la cual difícilmente podría imputársele al sujeto.

No obstante, podría considerarse que hay situaciones en las que la capacidad de conocer estuviera conservada y, sin embargo, la capacidad de actuar según ese conocimiento pudiera verse alterada, como puede suceder, por ejemplo, en estados emocionales intensos, cuadros delirantes o alteraciones en el control de impulsos.

Y aun en estos casos sería difícil desligar ambas funciones (conocer y obrar según conocimiento), pues se trata de funciones psicológicas complejas en cuyos procesos hay elementos comunes, por lo que, de ordinario, se afectan conjuntamente. De esta forma, se entiende que «si la función de conocer está viciada, no puede aceptarse una capacidad de actuar libre, pues ésta siempre estará limitada por el defecto de conocimiento. Y por otra parte, la función psicológica de la voluntad tiene como requisito previo la conciencia de las diversas posibilidades de conducta, para valorar sus ventajas e inconvenientes, deliberando y decidiendo la más conveniente, lo que deja entrever la dificultad de considerar un acto consciente pero que escapa al control de la voluntad» (Gisbert Calabuig, 2004 e).

Es por ello por lo que el estudio de la integridad o la alteración de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto nunca puede realizarse de forma generalizada para cualquier acción, sino para una acción en concreto, para un momento en concreto, lo cual quiere decir que un sujeto que padezca un trastorno mental de cualquier tipo puede ser que en un momento dado se considere que actuó con plenas facultades intelectivas y volitivas y en otra acción cometida puede que no.

Bajo esta perspectiva siempre hemos de analizar por separado la perturbación o la integridad de ambos conceptos, de la capacidad de conocer y la de actuar según dicho conocimiento:

– *Capacidad de conocer:* se refiere a la capacidad del sujeto de tener pleno conocimiento y comprensión de los datos que recibe, es decir, que sea

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

capaz de percibir la realidad como tal y pueda comprenderla. Así pues, dicha capacidad de conocer estaría alterada en estados de embriaguez o intoxicación (o cualquier otra enfermedad que afectara a la conciencia como estado puramente vigil), alucinaciones, retrasos mentales, etc.

– *Capacidad de obrar según conocimiento:* en casos de alteración grave de control de los impulsos (que no «Trastornos del control de los impulsos» como categoría diagnóstica de la CIE-10 –OMS, 2007–), puede considerarse un déficit volitivo por alteración de la capacidad de actuar según lo previamente conocido, y aun en estos casos sería muy difícil explicar que este conocimiento previo sea normal, como antes dijimos.

Igual sucede en los estados delirantes, durante los cuales el sujeto recibe de forma correcta la información exterior pero la procesa incorrectamente, de acuerdo con su proceso delirante (alteración del pensamiento), lo que se traduce en una alteración de la capacidad de obrar según lo conocido. Son estados patológicos de base biológica de forma pura, de trastorno psíquico.

Pero también cabe hablar de estados psíquicos, no patológicos, de base puramente psicológica, como son los estados de angustia, ansiedad, amor, celos, miedo, estados de necesidad, etc., pues es innegable la existencia de situaciones en las que, aun presumiendo en el sujeto libertad para decidir, hay emociones, sentimientos o pasiones que hacen que la acción pueda escapar al control (son la base de las figuras establecidas en el código penal como arrebato u obcecación, miedo insuperable, atenuante analógica).

Se trata de casos extremos en los que probablemente haya una afección previa de base de la capacidad de conocer (lo que vulgarmente se refiere como «se cegó»), pues difícilmente el sujeto es capaz de explicar a veces el motivo de su acción, ya que ni ellos mismos comprenden su respuesta ante el estímulo recibido (totalmente desproporcionada y, a veces, hasta incoherente), dado que, partiendo de un estado de ánimo «normal», se responde sobremanera ante un estímulo recibido (se actúa de forma espontánea, casi como en «resorte», difícilmente explicable voluntariamente, como si de un acto reflejo se tratara, seguramente por escapar al control de la voluntad).

En definitiva, y en primera instancia, se trata de determinar las causas biológicas, psicológicas o mixtas que producen una alteración de la inteligencia y/o la voluntad del sujeto en el momento de llevar a cabo la acción, por lo que, en definitiva, aquél estaba privado de su libertad de actuar.

CRITERIO CUANTITATIVO

Se trata, en suma, de establecer el grado de afectación de dichas bases de la voluntariedad libre del sujeto, su inteligencia y/o voluntad, pues dependiendo de éste puede considerarse una eximente completa o una atenuación de la responsabilidad del sujeto.

«En este sentido el Tribunal Supremo ha declarado reiteradamente que para la apreciación de una eximente completa, en caso de una perturbación mental que afecte a los requisitos psicológicos ya señalados, es preciso que el agente, en el momento del hecho, se encuentre en situación de completa

y absoluta perturbación de sus facultades, que origine un estado de completa y absoluta, verdadera y manifiesta inconsciencia; es menester que el sujeto se halle privado de modo tal y completo de la inteligencia y/o la voluntad.»

Pero si la perturbación es cuantitativamente inferior a la exigida para que constituya esta eximente completa, nos hallaríamos ante una situación en la cual la voluntariedad estaría alterada aunque no anulada.

Según Gisbert Calabuig (2004 e), esto plantea el problema de la semiimputabilidad que, aunque es un término psicológicamente inadecuado, constituye una realidad jurídica, la eximente incompleta, a la que corresponden todos los defectos que interesan las bases psicológicas de la voluntad, es decir, conocer y querer, pero sin llegar a anularla por completo.

En relación con la inteligencia, poca dificultad entraña su gradación, pues bastará una evaluación clínica y psicométrica del sujeto para valorar posible deficiencia mental y su grado. Su mayor dificultad puede venir a la hora de establecer la relación causal entre su grado de afectación, si lo hubiera, y la capacidad de comprensión del sujeto.

La voluntad es la que presenta la mayor dificultad por no tratarse de un concepto objetivable como la inteligencia. Además, es mejor referirse a la capacidad de actuar libremente de acuerdo con la capacidad de conocer más que específicamente al concepto de voluntad, concepto que puede inducir a error, pues la CIE-10 (OMS, 2007) contempla una categoría de trastornos bajo el epígrafe de «Trastornos de control de impulsos», que, de antemano hemos de decir (nos remitimos al capítulo correspondiente), no son sinónimos de que el sujeto padezca un defecto de la voluntad para la acción concreta llevada a cabo.

CRITERIO CRONOLÓGICO

Es del todo imprescindible marcar la permanencia o no del trastorno mental que ha sido la causa de la alteración de las bases de la voluntariedad libre del sujeto, ya que de ella dependerá la determinación, por parte del tribunal o el juzgador, de si ha de considerarse como un trastorno psiquiátrico permanente (anomalía psíquica desde el punto de vista jurídico) o bien un trastorno mental transitorio (alteración psíquica), y con ello variarán las medidas impuestas. En el primer caso, tal medida puede consistir en el internamiento indefinido en un establecimiento destinado y adecuado al tipo de trastorno de que se trate, o bien tratamiento ambulatorio, y en el segundo la medida de tratamiento no será necesaria.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Imputabilidad según el Código Penal

20

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Anomalía o alteración psíquica 195
Estados de intoxicación 198
Minoría de edad 201
Alteraciones en la percepción 202
Miedo insuperable 203
Arrebato y obcecación 203
Atenuante analógica 205

Como decíamos en el capítulo anterior, los criterios descritos como cualitativos (base biológica, psicológica o biopsicológica de la alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas), cuantitativos (intensidad de la alteración) y cronológicos (temporalidad de la alteración, permanente o pasajera) pueden servirnos siempre de guía para el desarrollo de la peritación psiquiátrica; podemos considerarlos como su fundamento y, con esa base, dar nuestras conclusiones finales.

No obstante, y a afectos solamente prácticos, vamos a interpretar los diferentes supuestos legales de exención o atenuación de la responsabilidad criminal desde el punto de vista médico-legal.

Como anteriormente ya quedó expuesto, estos conceptos no deben utilizarlos el médico forense o el médico legista, ni siquiera el concepto de imputabilidad o inimputabilidad, sino que la misión del perito será informar al juzgador en los términos antes expuestos (si hubo alteración de la voluntad y/o la inteligencia y, en su caso, su intensidad y su permanencia) y, sobre dicha base, el juzgador apreciará la figura legal correspondiente, determinará si el sujeto es imputable o inimputable, si le es de aplicación un atenuante o una exención de la pena y las medidas alternativas correspondientes que pueda llevar aparejadas.

ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA

El actual Código Penal establece en sus artículos 20 y 21:

Art. 20. «Están exentos de responsabilidad criminal»:

1.º «El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

actuar conforme a esa comprensión». El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

Art. 21. «Son circunstancias atenuantes»:

1.º «Las causas expresadas en el artículo anterior (Art. 20) cuando no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos».

De esta forma se distinguen dos situaciones diferentes:

– Anomalías o alteraciones psíquicas que dan lugar por su grado a una eximente completa: se trataría de casos de trastorno mental (criterio cualitativo, y definido a su vez el trastorno bajo un criterio puramente biológico de enfermedad) que anula o altera de forma grave las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto en el momento de cometer el hecho delictivo (criterio cuantitativo) y que es permanente en el tiempo (criterio cronológico).
– Anomalías o alteraciones psíquicas que padezca el sujeto y que por su gravedad no llegan al grado de eximente completa; son sólo atenuantes de la responsabilidad: quedaría definida por los mismos criterios, con la diferencia en el criterio cuantitativo, ya que el trastorno o enfermedad mental considerados no alcanzarían el grado exigido de anulación de las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto, sólo alteración.

Engloba lo que el anterior Código Penal distinguía como enajenación y trastorno mental transitorio en su Art. 8.1. (Están exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado con el propósito de delinquir.) No refiriéndose el actual código al concepto de enajenación y trastorno mental transitorio, aunque éste sí lo contempla como tal posteriormente, ambos conceptos siguen patentes, como ahora veremos, lo cual además es necesario para la decisión del juzgador en relación con las medidas a tomar.

El actual Código Penal en su Art. 20.1 abandona la anterior fórmula que, siguiendo la incorporada en 1932 y propuesta por Sanchiz Banús, hablaba de enajenación y trastorno mental transitorio. La actual fórmula está mucho mejor adaptada a un criterio psiquiátrico-psicológico, en que se alude a la causa («anomalía o alteración psíquica») y a los efectos (que el sujeto «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión»).

Tal doble requerimiento no hace sino acentuar o poner mejor de relieve lo que anteriormente afirmábamos que era el fundamento de una peritación psiquiátrica, establecer la relación causa-efecto entre la enfermedad que padece o el trastorno sufrido (trastorno mental transitorio) y la acción cometida, tal como ya venía exigiendo la Sala Segunda del Tribunal Supremo al establecer que «para la apreciación de una circunstancia eximente o modificadora de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado no basta con una clasificación clínica, por lo que debe evitarse incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto que es menester poner en relación la alteración

mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo» (S.T.S. 51/93, de 20.1).

Al concepto de anomalía del actual Código Penal, referido a los trastornos psíquicos permanentes y que pueden identificarse con el antiguo concepto de enajenación del anterior código, corresponden los cuatro grandes grupos de trastornos psíquicos que enumeraba el Tribunal Supremo en su sentencia de 22-5-1985 y que, a su vez, Gisbert Calabuig (2004 d) diferenciaba en dos, muy interesantes desde el punto de vista práctico:

1. Aquellas que son extrañas a la personalidad del sujeto e irrumpen en ella alterándola y modificándola, como son las neurosis y las psicosis.
2. Aquellas que provienen de una personalidad anormal, que corresponden a la propia personalidad del sujeto, y que no representan la entrada de elementos extraños, a cuyo grupo pertenecen las oligofrenias y las psicopatías.

Por lo que se refiere al trastorno mental transitorio, éste busca su equivalente en el actual Código Penal en el concepto de alteraciones psíquicas, que aparece junto al de anomalías psíquicas. Se considera como los estados de inimputabilidad en el sujeto normalmente constituido o no aquejado de anomalía psíquica permanente. A diferencia de la psiquiatría, que suele considerar que la reacción de un sujeto normal en trastorno mental transitorio precisa una cierta base caracterológica anómala, la jurisprudencia admite el trastorno mental transitorio sin base patológica, ya que «puede tener también un origen exógeno atribuyendo su aparición a un choque psíquico producido por un agente exterior cualquiera que sea su naturaleza y se presenta bajo la forma de múltiples fenómenos perturbadores de la razón humana».

La diferencia entre ambos conceptos, anomalías psíquicas permanentes o enajenación y trastorno mental transitorio, queda patente en el criterio cronológico, pues en el segundo caso se trataría de alteraciones mentales que anulan las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto en el momento de la acción pero que su curso es pasajero.

No obstante, de acuerdo con la jurisprudencia que emana del Tribunal Supremo (S.T.S de 22-2-1991), los requisitos del trastorno mental transitorio son los siguientes:

1. Brusca aparición.
2. Irrupción en la mente del sujeto activo con pérdida consecutiva de sus facultades intelectivas o volitivas, o de ambas.
3. Breve duración.
4. Curación sin secuelas.
5. Que dicho trastorno no haya sido provocado por el que lo padece con el propósito de delinquir o bien lograr la impunidad de sus actos ilícitos.

Así pues, siguiendo el criterio cualitativo, el médico forense habrá de delimitar si se trata de una anomalía o una alteración psíquica y su influencia en la inteligencia y/o voluntad (capacidad de conocer y de actuar según lo conocido en el momento de la acción); el criterio cronológico es lo que nos hace

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

diferenciar un trastorno de otro, enajenación o trastorno mental transitorio. Pero en todo caso, es de máxima importancia el criterio cuantitativo, es decir, en qué grado o medida afecta a la esfera volitiva y/o intelectiva del sujeto, pues ambas circunstancias son consideradas como atenuantes en el apartado 1.º del Art. 21 del Código Penal: «las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad».

ESTADOS DE INTOXICACIÓN

El Art. 20 del Código Penal establece en su punto 2: «Están exentos de responsabilidad criminal: 2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o se hubiese previsto o debido de prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión».

Desde el punto de vista exclusivamente psiquiátrico, la embriaguez se corresponde con un episodio en que hay alteración o anulación de las facultades volitivas del sujeto (por el estado de alteración o incluso anulación de la capacidad de conocer, dados los efectos psicoactivos del alcohol etílico) de forma pasajera; podría considerarse como un cuadro asimilable a un trastorno mental transitorio de causa tóxica.

En el caso del alcoholismo crónico, han de considerarse dos factores diferentes:

- Existencia de una drogodependencia y, por lo tanto, han de analizarse iguales circunstancias y factores que en ésta.
- Posible existencia de daño orgánico cerebral con el correspondiente trastorno mental orgánico derivado.

Pero esta realidad psiquiátrica ha de adaptarse a la realidad jurídica, ya que la embriaguez desde el punto de vista penal tiene diferente consideración según las circunstancias:

- *Embriaguez fortuita:* no se ha querido ni se ha previsto. Desde el punto de vista médico serían los denominados casos de embriaguez patológica y desde el punto de vista penal, ésta cumpliría todos los requisitos previstos para el trastorno mental transitorio. Según los criterios de investigación pericial en esta materia, se trataría de una alteración mental de base biológica (criterio cualitativo) que altera de forma profunda la voluntad del sujeto por afectación de la capacidad de conocer y, por ende, de control (criterio cuantitativo) y totalmente pasajera (criterio cronológico).
- *Embriaguez voluntaria:* se conocen los efectos del alcohol y se bebe voluntariamente, pero sin ánimo de delinquir, lo que según el grado de afectación de facultades volitivas puede conllevar una eximente. No obstante, tiene su excepción en determinadas circunstancias, como puede ser la conducción de vehículos a motor, pues el Art. 20.2 establece que

puede ser circunstancia eximente de responsabilidad la embriaguez en el momento de la acción considerada como delito siempre que no se hubiese previsto o debido de prever su comisión.

– *Embriaguez intencional:* no constituye circunstancia modificadora de responsabilidad alguna y, por lo tanto, el sujeto que cometa un hecho delictivo en este estado, es decir, habiendo procurado la embriaguez con el propósito de delinquir, ha de responder de forma plena, tal como establece igualmente el Art. 20.2 del Código Penal, que contempla como circunstancia eximente de responsabilidad la embriaguez siempre que no haya sido buscada con el propósito de cometer la acción.

No obstante, hemos de realizar la puntualización de que dicha clasificación en relación con la modificación de responsabilidad sólo lo es desde el punto de vista penal, que no psiquiátrico, puesto que tal consideración no se basa en la intensidad del cuadro de embriaguez, sino en la no intencionalidad para delinquir, circunstancias que atenuarían o eximirían la responsabilidad penal. Desde el punto de vista psiquiátrico, si la embriaguez es de cierta intensidad, los efectos en las facultades volitivas del sujeto (conciencia y capacidad de control) quedarían igualmente mermadas durante la comisión de la infracción penal, ya se trate de una embriaguez buscada con el propósito de delinquir o sin éste, pues una vez alcanzado el estado de embriaguez el control del sujeto puede perderse independientemente de la motivación inicial; incluso se pierde la capacidad para poder valorar adecuadamente dicha motivación inicial.

Aun así, es lógico pensar que desde el punto de vista penal lo que se valora es la intencionalidad del sujeto, lo que es circunstancia agravante, si bien ello no es incompatible con que simultáneamente pudiera existir una circunstancia atenuante basada en un posible estado de embriaguez. Ha de diferenciarse la «estimulación» inicial que produce el alcohol, y que puede buscarse con el propósito de delinquir, de la fase «depresora» de funciones cerebrales que, con posterioridad, puede hacerse evidente si el consumo ha sido importante y que, por lo tanto, no siempre aparece. Es difícil, pues, entender una embriaguez como tal buscada con el propósito de delinquir, más allá de la fase inicial de estimulación, pues en la fase real de embriaguez (fase «depresora») poca «fiabilidad» tiene la acción encaminada hacia un objetivo concreto para que éste se consiga.

Todo lo dicho respecto de la embriaguez puede extrapolarse a los estados de intoxicación por consumo de drogas o estupefacientes, que conducen a cuadros similares a la embriaguez por lo que conllevan alteraciones del estado de conciencia y, por lo tanto, de la voluntad del sujeto. De igual manera, la acción prolongada de drogas tóxicas puede conducir a daños orgánicos cerebrales que den lugar a trastornos mentales que en el momento de cometer la acción conllevaran una privación de libertad del sujeto por afectación de su voluntad, asemejables a la enajenación.

Al mismo tiempo, el actual Código Penal se acerca a la realidad psiquiátrica al considerar de forma expresa la comisión de la infracción penal bajo «la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión», si bien lo acota, porque impone que tal síndrome, que ha de demostrarse, impida al sujeto conocer la ilicitud del hecho o le impida ac-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

tuar conforme a esa comprensión, es decir, que aun conociendo el valor de la acción cometa el hecho delictivo, lo que viene a significar que la acción escapa al control de su voluntad.

Desde el punto de vista exclusivamente psiquiátrico, el sujeto sometido a un síndrome de abstinencia efectivamente no obedece al control de la voluntad, pues ésta queda afectada por una necesidad preferente de consumo en ese momento y por encima de cualquier otra, considerándose una alteración de su capacidad de actuar según lo conocido, si bien es difícil asegurar que durante la consecución de aquél, incluso en sus fases iniciales de angustia-ansiedad, no quede alterada también la capacidad de conocer por un estrechamiento de su campo de conciencia.

Y al igual que en los estados de intoxicación, ha de establecerse una gradación de la intensidad del cuadro, pues la alteración de sus facultades está en relación directa con aquélla, y de ahí la importancia del criterio cuantitativo, pues puede constituir una circunstancia atenuante (Art. 21) si no alcanza el grado suficiente para ser eximente.

Pero además de lo establecido en el apartado 2.º del Art. 20, respecto a la intoxicación o abstinencia de bebidas alcohólicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, el Código Penal recoge otra figura relacionada con el consumo de dichas sustancias, si bien no como eximente completa; así el Art. 21 apartado 2.º establece como circunstancia atenuante la situación «de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el n.º 2 del artículo anterior».

En estos casos, es la relación causa-efecto el factor que analizar, pues ha de establecerse entre el momento de los hechos y la enfermedad sufrida, adicción, y no su consecuencia, que es el estado de intoxicación o de abstinencia. Se trata de un caso único y especial considerado de forma particular en situaciones de adicción a drogas, lo que traduce la intención de acercamiento entre el derecho penal y la psiquiatría al reconocer el primero la consideración de enfermedad que supone una adicción a sustancias y que la acción de la persona puede estar determinada únicamente por este estado de enfermedad, sin que el sujeto se halle en un estado real de abstinencia o intoxicación. Como en los casos de anomalías o alteraciones psíquicas, se trata de demostrar que el sujeto sufre un trastorno y que puede condicionar de por sí la libre voluntad del sujeto.

Para poder explicar tal cuestión podemos recurrir a la definición clínica que la CIE-10 (OMS, 2007) establece del síndrome de dependencia (F19.2), del cual afirma: grupo de alteraciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras el consumo de sustancias psicoactivas de forma repetida y que típicamente incluyen un fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso, persistir en su uso a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y a veces un estado de abstinencia física. Puede estar presente para una sustancia psicoactiva específica (tabaco, alcohol o diazepam), una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para una gama más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

De ello podríamos hacer una triple consideración:

1. Es factible considerar que la conducta de la persona pueda estar condicionada por la mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras

actividades y obligaciones, acompañada de fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso y persistir en su uso a pesar de las consecuencias dañinas; así se altera la capacidad de actuar según lo conocido, aunque la de conocer esté conservada.
2. No obstante, no podríamos asimilar la gravedad de la alteración de la voluntad (capacidad de conocer y actuar según lo conocido) a la que pueda producirse en un síndrome de abstinencia, indicador a su vez de un síndrome de dependencia.
3. Igualmente, esta alteración de la voluntad durante la acción sólo es factible considerarla si está encaminada a obtener la sustancia de adicción para su consumo, y no otro fin, extremo que ha de quedar demostrado.

Así pues, dicha consideración especial que establece el Código Penal puede serlo según los siguientes criterios:

– Sólo es posible considerarla como circunstancia atenuante; no adquiere la gravedad para considerarla eximente, la cual sí puede poseer el síndrome de abstinencia.
– Ha de quedar demostrada una adicción grave.
– Ha de quedar demostrada una relación causal entre la adicción sufrida y el hecho delictivo que se imputa.

Cobran, pues, gran importancia el criterio cualitativo, criterio de enfermedad, en este caso adicción a sustancias, y el cuantitativo, pues ha de quedar demostrado que tiene el carácter de grave, mientras que el cronológico queda incluido en el propio criterio cualitativo o de enfermedad, pues la consideración de adicción conlleva que ésta es de carácter crónico o permanente.

MINORÍA DE EDAD

El Art. 19 del Código Penal establece que «Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código».

Con esta base, cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo, no podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en el Código Penal, por lo que ha de considerarse una forma de inimputabilidad, lo que no quiere decir que a este menor no se le exija responsabilidad según otras normas legales. Es por ello por lo que el actual código no coloca a los menores de edad dentro del Art. 20, en las circunstancias eximentes, sino por separado en el Art. 19, estableciendo que no están exentos de responsabilidad, sino que son también responsables pero no bajo los mismos parámetros del Código Penal.

A diferencia de los «enajenados», mientras éstos se hallan exentos de responsabilidad criminal, pero no impide que se tomen las medidas de seguridad pertinentes ni que no se puedan establecer responsabilidades civiles a que hubiere lugar, los menores de edad, sin embargo, se hallan fuera del ámbito del Código Penal al establecerse en el segundo párrafo del citado Art. 19 que podrán ser responsables conforme a lo dispuesto en la Ley que regule la responsabilidad del menor.

La influencia de la minoría de edad en la imputabilidad se basa en el hecho de que se trata de un período de la vida humana en el que falta aún la madu-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

rez mental, como falta la madurez física y, en consecuencia, se presupone que no pueden comprender la significación ética, moral, social e incluso legal de los hechos que cometen, por lo que no se les puede exigir capacidad de responder como a los adultos.

ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN

En su apartado 3.º el Art. 20 establece que «Está exento de responsabilidad criminal el que por sufrir alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad».

Si bien puede incluirse cualquier estado de alteración de la percepción siempre que sea grave y desde el nacimiento, se consideran esencialmente dos tipos de afecciones, como la ceguera y la sordomudez. Si los analizamos con los criterios antes expuestos:

- *Criterio cualitativo:* se trata de sujetos con una alteración sensorial de base orgánica, biológica, en la que sin embargo se incluye un aspecto psicológico como base de la imputabilidad, habida cuenta de que dichas alteraciones de tipo sensorial, la sordera y la ceguera, pueden ocasionar una alteración de la conciencia de la realidad de estos sujetos. Respecto de la sordera, ésta impide en ciertos casos que el sujeto forme su conciencia moral y aprenda las normas que rigen la sociedad y que, a su vez, repercute en su desarrollo mental. En relación con la ceguera, hemos de tener en cuenta que la privación del órgano sensorial primordial para la percepción de la realidad puede impedir al sujeto el conocimiento exacto de aquélla. Así pues, la causa de la inimputabilidad no es de tipo biológico puro (enfermedad), sino también psicológico (alteraciones en el desarrollo de la personalidad y mental del sujeto por su déficit perceptivo).
- *Criterio cuantitativo:* quedará al médico legista o forense la misión de demostrar que dicha alteración de la conciencia de la realidad, en definitiva alteración de las facultades volitivas (en la sordomudez puede que sea también de las intelectivas), lo es de forma grave, al igual que en los casos de enajenación completa o trastorno mental transitorio, pues queda igualmente contemplada esta circunstancia en el apartado 1.º del Art. 21 como atenuante cuando no concurran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.
- *Criterio cronológico:* la enfermedad de base biológica (el déficit sensorial) es crónica, si bien los desórdenes de tipo psicológico que puedan ocasionar no lo son y esta posibilidad queda recogida por el Código Penal, ya que en los mismos artículo y número establece: «Cuando estas personas hayan cometido un hecho que la ley sancionare como delito, se les aplicará la medida de internamiento en un centro educativo especial, durante el tiempo necesario para su educación, del cual no podrán salir sin autorización». Queda prevista igualmente la posibilidad de que, cuando la evolución del tratamiento lo permita, dicha medida de internamiento pueda sustituirse por un tratamiento ambulatorio. Sí es importante establecer en estos casos el criterio cronológico, pero a la inversa, es decir, no de futuro sino de pasado, ya que se ha de establecer que el trastorno de la percepción existe desde el nacimiento.

MIEDO INSUPERABLE

Esta singular figura, perfectamente razonable desde el punto de vista psicológico más que psiquiátrico, viene recogida en el punto 6.º del Art. 20: «Está exento de responsabilidad criminal: 6.º El que obra impulsado por un miedo insuperable».

Atendiendo al criterio cualitativo, la base de esta causa de inimputabilidad es exclusivamente psicológica, y puede darse el caso de que el médico legista o forense haya de informar al respecto. No obstante, no se trata de enfermedad o trastorno mental alguno, sino de una reacción humana que, como estado de intensísima emoción, puede anular las facultades psíquicas, posibilidad que contempla el legislador. Dicho estado emocional intenso encuentra su origen en un peligro inminente ante el cual consideramos que la mente del sujeto ni siquiera valora la gravedad de la acción que lleva a cabo para evitar tal peligro. Se produce un bloqueo en el que sólo es posible la acción para la supervivencia, y que puede resultar ésta ilícita.

Respecto del criterio cuantitativo, cabe decir, al igual que en los anteriores casos, que la voluntad del sujeto ha de quedar francamente mermada o anulada por la situación de peligro inminente. Y en relación con el cronológico, ha de tenerse en cuenta que son situaciones pasajeras, transitorias.

Es de gran parecido por sus características cuantitativas y cronológicas al trastorno mental transitorio, si bien varía su criterio cualitativo, ya que la base de la pérdida de imputabilidad es de tipo biológico para este último (trastorno mental) y de tipo psicológico para el primero (estado de emoción intensa) y, por lo tanto, en ocasiones puede ser difícil de diferenciar.

Por último, señalar respecto a esta figura legal que es causa eximente que, para que exista, la jurisprudencia del Tribunal Supremo sienta como condiciones necesarias las siguientes (Gisbert Calabuig, 2004 e):

1. Que el miedo esté inspirado en un hecho real y objetivo.
2. Que el miedo que se origine en el sujeto sea insuperable (criterio cualitativo).
3. Que el mal que amenaza al sujeto sea igual o mayor que el ocasionado por aquél para evitarlo.
4. Que la voluntariedad libre del sujeto haya quedado menoscabada o afectada por al miedo (criterio cuantitativo).

ARREBATO Y OBCECACIÓN

El apartado 3.º del Art. 21 del Código Penal establece que «Son circunstancias atenuantes la de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de semejante entidad».

En relación con el criterio cualitativo, la base de la pérdida de imputabilidad es psicológica; su fundamento está en la propia naturaleza humana, pues es innegable la existencia de situaciones en las que, aun presumiendo libertad en el sujeto para decidir, hay emociones, sentimientos o pasiones que hacen que la acción pueda escapar al control (estados de angustia, ansiedad, amor, celos, de necesidad, etc.).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

La doctrina del Tribunal Supremo considera primordial para la existencia de este atenuante la naturaleza propia del estímulo causante, que deberá ser tan fuerte y poderoso que cualquier ser humano, colocado en situación análoga a la del delincuente, se conduciría de la misma manera. Los estímulos admitidos en diversas sentencias son los celos, las injurias, el reto, el empleo de mote denigrante u ofensivo. No lo han sido, sin embargo, la enemistad, el rencor y el natural acaloramiento de una riña, por considerar que son estímulos persistentes y que, por lo tanto, no pueden desencadenar estados pasionales momentáneos, que son los considerados arrebatos (Gisbert Calabuig, 2004 e).

Desde el punto de vista médico-psicológico, es aceptable la naturaleza de esta atenuante, pero no puede quedar relegada sólo a la intensidad del estímulo desencadenante sin tener en cuenta la consideración del temperamento del sujeto. Cada persona resulta más herida en sus sentimientos por unos estímulos que por otros, según su modo de ser, su educación, medio ambiente en que se desenvuelve y las características de su personalidad.

Esto vuelve a poner de manifiesto la disparidad de los criterios jurídico y médico en relación con la imputabilidad, y reafirma nuestra tesis de que debe ser el juzgador quien se pronuncie sobre la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto; la misión del médico forense o legista únicamente es informar a aquél sobre la naturaleza de la causa de la supuesta inimputabilidad (criterio cualitativo), hasta qué punto o en qué grado afecta a las facultades intelectivas y volitivas del sujeto en el momento de la acción (criterio cuantitativo) y si es de carácter crónico o temporal (criterio cronológico).

No obstante, la doctrina del Tribunal Supremo encuentra su base en las dificultades de una peritación encaminada a determinar a posteriori la existencia, durante el momento de comisión de los hechos, de un estado anímico determinado que, en mayor o menor medida, hubiera mermado la voluntad del sujeto. Es por ello por lo que valora preferentemente el estímulo, ya que su demostración es más factible por los medios de prueba ordinarios.

En relación con el criterio cuantitativo, tiene menor importancia, al igual que sucede con el miedo insuperable, ya que, demostrada la concurrencia de esta circunstancia modificadora, la ley establece directamente el grado de atenuante (eximente en el miedo insuperable). Esto quiere decir que, demostrado el estado pasional intenso en el sujeto, por mucho que se estableciera que dicho estado pasional pudiera haber ocasionado una alteración en grado de anulación de sus facultades volitivas, quedaría por ley establecida sólo la posibilidad de atenuación de la responsabilidad, lo que ratifica de nuevo nuestro criterio de que quien se debe pronunciar sobre la imputabilidad o la inimputabilidad del sujeto es el juzgador, ya que éstas vienen marcadas por las disposiciones legales.

Respecto del criterio cronológico, se trata de situaciones de carácter temporal, al igual que el trastorno mental transitorio, la embriaguez o el miedo insuperable, por lo que respecta a la reacción emotiva del sujeto y la comisión del hecho delictivo, si bien entre ambas figuras se establece una diferencia cronológica, ya que mientras el arrebato está más ligado al mundo de la emoción y, por lo tanto, se crea y desencadena de forma momentánea, la obcecación pertenece al mundo de los sentimientos y las pasiones, de manera que también se

desencadena momentáneamente, al igual que aquél, pero se crea o forja lentamente, de forma pausada en el tiempo.

ATENUANTE ANALÓGICA

El actual Código Penal mantiene una última circunstancia atenuante, conocida como atenuante analógica, establecida en el apartado 6.º del Art. 21: «Son circunstancias atenuantes: 6.º Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores».

Esto es de importancia a afectos del perito médico, porque puede ocurrir que haya que valorar cualquier estado o situación anímicos, o de cualquier otra índole psíquica o psicológica que, no contemplada de forma específica en los Arts. 20 o 21, reduzca de igual forma la capacidad cognoscitiva o volitiva del sujeto en el momento de la acción, posibilidad que, con bastante acierto, el legislador ha tenido en cuenta.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Informe de imputabilidad: generalidades

21

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Fórmula inicial 208
Contenido 210
Fórmula final 210

El «informe de imputabilidad», como coloquialmente se le llama, no es más que el resultado de la investigación que ha de realizar el médico forense o legista sobre la integridad o alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas de una persona en el momento de llevar a cabo la acción delictiva que se le imputa, para su posterior interpretación por el juzgador a tenor de los supuestos contemplados por la ley (anomalías o alteraciones psíquicas, estados de intoxicación, alteraciones de la percepción, miedo insuperable, arrebato y obcecación o atenuante analógica).

De forma genérica, para ello se precisa establecer:

1. Si se presenta o no trastorno psíquico.
2. En su caso, si éste afecta a las facultades intelectivas y/o volitivas de la persona —capacidad de conocer y actuar según lo conocido— (criterio cualitativo), grado de afectación (criterio cuantitativo) y permanencia (criterio cronológico).
3. Relación entre la alteración de facultades y la acción realizada.

Este resultado se puede plasmar por escrito, lo que se hace en la mayoría de las ocasiones, o de forma oral (directamente en fase de juicio oral), y puede haber sido encomendado durante la fase de instrucción o a su término y de forma previa al acto del juicio, y posteriormente citar al perito médico a dicho acto para que amplíe, modifique o ratifique su informe. No obstante, en ocasiones se solicita la peritación y se cita directamente a juicio al perito médico para informar según lo requerido, sin emisión previa de informe escrito.

En la realización de cualquier informe sobre imputabilidad, de forma genérica, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Marcó et al., 1990):

– Investigación de antecedentes personales y familiares del imputado o imputada, en lo relacionado fundamentalmente con posibles enfermedades o trastornos mentales que sufre o sufrió.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

- Cronología de la enfermedad que el sujeto presenta o presentaba: momento en que se observó la enfermedad mental por primera vez y por quién; si fue durante los hechos que se le imputan, durante el curso de la instrucción del procedimiento, en prisión, sospechada por el juez durante las declaraciones, etc.
- Relación entre el hecho de autos y el trastorno mental, desde el punto de vista cualitativo, cuantitativo y cronológico.
- Posible actitud defensiva del imputado ante la justicia: manipulación de los hechos, indiferencia, arrepentimiento, etc.
- Reacción del procesado o porcesada al conocer la calificación de los hechos por el Ministerio Fiscal. Investigar si la sintomatología surge durante los hechos, anterior a éstos o bien al conocerse dicha calificación.
- Análisis de la conducta carcelaria, ya que en ocasiones este hecho produce cuadros psiquiátricos, como trastornos de adaptación, o cuadros de ansiedad o angustia que desaparecen en la atención en servicio médico del centro penitenciario o centro psiquiátrico.
- Estudio de los hechos, tanto por las declaraciones del sujeto ante las fuerzas del orden público al ser detenido como ante S. I.ª, como posteriormente el relato que realice durante la exploración o la entrevista.
- Estudio de toda la documentación médica existente en la causa.
- Realizar cuantas pruebas complementarias se consideren precisas para llevar a cabo un diagnóstico: análisis en casos de alcoholismo, electroencefalograma en casos de epilepsias, resonancia magnética, etc.
- Establecer un diagnóstico o confirmar el previamente establecido.
- Estudiar la intensidad del trastorno, en qué medida afecta a sus facultades intelectivas y volitivas y si esta circunstancia se dio durante el momento de los hechos que se le imputan y la relación con ellos (establecer relación causa-efecto).

Todo informe, desde el punto de vista de su forma o estructura, se puede dividir en tres apartados:

1. Fórmula inicial o preámbulo.
2. Contenido o cuerpo.
3. Fórmula final.

El informe de imputabilidad no se desvía de tal sistemática, y sólo se encuentran diferencias formales (puede que de algún contenido) según se trate de un informe realizado por el médico forense o por un perito médico privado, pues su finalidad es la misma.

FÓRMULA INICIAL

Si se trata de un informe realizado por un médico forense, a modo de declaración, se van a hacer constar los datos de aquél, localidad y fecha, la autoridad judicial que ha ordenado la peritación y lo requerido. Éste debe estar expuesto en el encabezamiento textualmente, si bien hay ocasiones en que el solicitante o requirente (una de las partes o el juez) no emplea los términos adecuados o no lo expresa de la forma adecuada, casos en que puede ser precisa una aclaración sobre

tales extremos antes de realizar la diligencia (directamente al juez que es quien ordena por tratarse de una peritación de oficio).

De forma general, los términos del reconocimiento pueden ser «que se proceda al reconocimiento de D./D.ª _____ a fin de determinar si padece alguna enfermedad mental que pueda alterar sus facultades intelectivas y/o volitivas en general, y de forma especial, en relación con los hechos que se le imputan». No es correcto solicitar «… que se lleve a cabo estudio de la imputabilidad de…», por no ser misión del perito hablar de imputabilidad, si bien de forma genérica se los denomina informes de imputabilidad.

Ha de incluirse, además, un apartado donde se deje constancia de los elementos en que se ha basado la realización del informe, lo cual se coloca dentro del preámbulo, a continuación de la fórmula inicial.

Fórmula inicial de un «informe de imputabilidad» requerido a un médico forense

Informe médico-forense. En (ciudad), a (día) de (mes) de (año). D./D.ª (nombre del/de la médico forense), médico forense del Instituto de Medicina Legal de (nombre de IML), en virtud del juramento que tiene prestado, manifiesta: que en cumplimiento de lo ordenado por (autoridad judicial ordenante) sobre reconocimiento de D./D.ª (nombre de la persona que se reconoce) a fin de determinar si padece alguna enfermedad mental que pueda alterar sus facultades intelectivas y/o volitivas en general, y de forma especial, en relación con los hechos que se le imputan, ha realizado las operaciones encaminadas a tal fin llegando a los siguientes resultados.

Los datos que han servido de base para la realización del presente informe han sido:

1. Datos obrantes en procedimiento.
2. Datos suministrados por el/la imputado/a.
3. Exploración psíquica.
4. Datos complementarios (datos aportados por familiares, exploraciones complementarias, informes solicitados, información adicional obtenida en historiales clínicos, en el centro penitenciario, etc.)

Fórmula de un informe de peritos médicos particulares

Informe médico-legal. D./D.ª (nombre del/de la perito o peritos), licenciada/os en medicina y cirugía y (título/s o especialidad/es), colegiada/os n.º (___), con residencia en (localidad-ciudad), tiene/n el honor de emitir el siguiente informe médico-legal que me/nos ha sido ordenado/solicitado por (autoridad judicial o persona que lo requiere o solicita), acerca de/que se acompaña de un oficio que copiado a la letra dice: (objeto de la peritación solicitada).

Los datos que han servido de base para la realización del presente informe han sido:

1. Datos obrantes en procedimiento —si se ha tenido acceso a él—.
2. Datos suministrados por el/la imputado/a.
3. Exploración psíquica.
4. Datos complementarios.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

CONTENIDO

Debe contener los siguientes apartados (se desarrollan extensamente en el capítulo 22):

1. Antecedentes de hecho.
2. Anamnesis.
3. Exploración psicofísica.
4. Datos complementarios.
5. Diagnóstico.
6. Consideraciones médico-forenses o médico-legales.
7. Conclusiones.

FÓRMULA FINAL

De acuerdo con la fórmula inicial, varía si se trata de un informe médico-forense (declaración) o un informe pericial privado, firmando en ambos casos a continuación:

– *Informe médico-forense:* «Lo que declara en cumplimiento de lo requerido».
– *Informe médico-pericial:* «Es cuanto me cabe informar en cumplimiento de la misión encomendada, a cuyo efecto emito el presente informe, en (localidad), a (día) de (mes) de (año)».

Examen psiquiátrico de la persona imputada

22

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Antecedentes de hecho 212
Anamnesis 214
Datos de filiación 214
Datos sobre detención 214
Antecedentes 215
Antecedentes de ingreso en centros penitenciarios 215
Antecedentes de ingreso en centros psiquiátricos 215
Antecedentes familiares 215
Antecedentes personales 215
Enfermedad actual 216
Drogadicción 216
Exploración psicofísica 216
Datos generales 217
Exploración física 217
Exploración psíquica 218
Actitud ante la entrevista 218
Conciencia 218
Atención 218
Memoria 219
Sensopercepción 219
Pensamiento y lenguaje 220
Psicomotricidad o conducta motriz 221
Afectividad 221
Conductas instintivas 221
Juicio y raciocinio 222
Inteligencia 222
Datos complementarios 222
Informes médicos 223
Entrevistas con familiares o personas allegadas 223
Solicitud de informes a centros diversos 223
Exploraciones complementarias 223
Valoración psicológica 224
Diagnóstico 224
Consideraciones médico-forenses o médico-legales 225
Sobre el diagnóstico de enfermedad 225
Alteración de facultades intelectivas y/o volitivas en relación con el diagnóstico 225

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

Alteración de facultades intelectivas y/o volitivas en el momento de la acción 225
Conclusiones 226

La finalidad del estudio psiquiátrico del imputado es investigar y valorar el estado de sus facultades intelectivas y volitivas en el momento de llevar a cabo la acción delictiva que se le imputa, lo que va más allá de la mera entrevista o examen clínico, y se valoran aspectos como los antecedentes de hecho, datos complementarios y otros, tal como expondremos a continuación.

Se trata de un estudio de máxima complejidad, por el número y la variedad de factores y datos a analizar, y trascendencia, por cuanto a sus consecuencias se refiere. En este sentido es importante recordar que nunca debe realizarse un informe médico-forense de «imputabilidad» (facultades volitivas e intelectivas del sujeto en el momento de los hechos) tras reconocer a un detenido en un juzgado de guardia. Este tipo de reconocimientos de guardia únicamente han de ir encaminados a detectar si el sujeto tiene signos o síntomas de trastorno mental que pueda requerir asistencia o tratamiento o si éste le permite o no declarar.

Establecer conclusiones acerca de la posible «imputabilidad» del sujeto en estas condiciones puede conducir plenamente a error, ya que este estudio conlleva, aparte de la anamnesis y exploración detenidas, la valoración de muchos y muy diversos datos, entre ellos, informes (aportados, solicitados, etc.), pruebas complementarias, respuesta o evolución posterior (a los hechos) que tiene el sujeto, ya sea en prisión o en libertad (en ocasiones, clave para confirmar diagnósticos o, por el contrario, confirmar sospechas de simulación). De esta manera, la recomendación es que nunca debe concluirse nada sobre la «imputabilidad» de la persona detenida tras su reconocimiento en funciones de guardia, tras realizar una sencilla entrevista y sin ningún tipo de dato más.

Para proceder al estudio y valoración psiquiátrica de la persona imputada, a efectos de concluir sobre sus facultades intelectivas y/o volitivas en el momento de la acción, vamos a seguir los diferentes apartados que constituyen el contenido o cuerpo de informe que, como ya comentamos en el capítulo anterior, son:

1. Antecedentes de hecho.
2. Anamnesis.
3. Exploración psicofísica.
4. Datos complementarios.
5. Diagnóstico.
6. Consideraciones médico-forenses o médico-legales.
7. Conclusiones.

ANTECEDENTES DE HECHO

Interesa sobremanera este punto por dos motivos principales:

1. Se ha de tener conocimiento de los hechos ocurridos, pues en la relación entre éstos y el trastorno mental que pueda presentar la persona, y de la

que puede haberse derivado una alteración de sus facultades, se halla el objetivo de esta peritación. Una persona puede presentar, o haber presentado, un trastorno mental que, de forma general, puede que altere las facultades intelectivas y/o volitivas, pero esta alteración ha de estar referida y quedar demostrada en el momento de los hechos que se le imputan, y relacionada con éstos; dicho de otra forma, debe ser congruente la alteración de facultades que el sujeto refiera con el hecho. Por ejemplo, a priori, poca relación tendrá un cuadro depresivo, que puede ser causa de alteración de facultades volitivas, con el hecho de realizar contrabando de drogas de forma reiterada como actividad habitual; o el de un robo en que se alega que era para obtener dinero para comprar droga, pues se tenía síndrome de abstinencia, y quedar demostrado que el dinero lo empleó en comprar una cazadora; o el robo de un canario al vecino saltando la tapia de una vivienda y se alega que lo hizo porque era suyo, pero que sufría un síndrome de abstinencia; o el caso de un joven que robó la tarjeta de débito a un amigo, retiró el tope de dinero diario que permitía el cajero durante tres días, y alegó que lo hizo porque era ludópata, con impulso irresistible a las máquinas tragaperras, quedando demostrado posteriormente, y manifestándolo él mismo, que la mayor parte del dinero la empleó en esos días en comprar ropa, pagar una letra de su moto e incluso ir de copas con amigos, invitando él, entre ellos al dueño de la tarjeta (el que realmente invitaba sin saberlo).

2. Las declaraciones del sujeto, ante las fuerzas actuantes y que proceden a su detención y posteriormente ante el juez, son de extraordinaria importancia desde el punto de vista psiquiátrico, ya que en ocasiones contienen datos que pueden hacer sospechar o confirmar que el sujeto presentaba una alteración de las funciones psíquicas (declaraciones absurdas, delirantes, con contenidos alucinatorios, etc.).

   Y al contrario, en no pocas ocasiones invalidan la manifestación del imputado, durante el reconocimiento forense, de que no se acuerda de los hechos, alegando no recordar a causa de un trastorno mental que concurría durante el desarrollo de aquéllos, estados de embriaguez, por ejemplo, pues en sus declaraciones se recogen datos precisos sobre lo ocurrido, lo que indica un adecuado recuerdo. En ocasiones, esto puede ser un dato esencial en las conclusiones de un informe de imputabilidad.

Así pues, el estudio de los hechos ha de llevarse a cabo desde una triple perspectiva:

- Declaraciones del imputado ante las fuerzas actuantes (Policía Nacional o Guardia Civil).
- Declaraciones del imputado ante la autoridad judicial.
- Relato de los hechos durante la/s entrevista/s psiquiátrica/s.

Opcionalmente es interesante también en la mayoría de las ocasiones:

- Calificación de los hechos por el Ministerio Fiscal, pues aparte de poner de manifiesto el delito imputado, dará una visión rápida sobre los hechos que se le imputan.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– Declaraciones de los testigos: testimonios coincidentes de diferentes personas no relacionadas entre sí pueden darnos una visión general sobre los hechos para comprobar hasta qué punto el imputado se ajusta a ésta, y en caso de que no, si puede deberse a trastorno psíquico.

En relación con el relato de los hechos durante la entrevista, en principio, hay que dejar al imputado que los exponga libremente, para posteriormente pasar a puntualizar determinadas cosas que creamos de mayor interés y esclarecer los puntos de discordancia entre lo que manifestaba en sus declaraciones y lo que nos cuenta, si es que los hubiere, con el fin de investigar la conciencia que guarda de los hechos, la memoria (detalles puntuales como, por ejemplo, fecha, hora, lugar, cómo iba vestido, etc.), motivaciones que lo llevaron a realizar esa acción, qué pensaba en ese momento y a qué lo atribuye, etc.

ANAMNESIS

En relación con la anamnesis propiamente dicha, se inicia en la toma de datos de filiación de la persona sometida a examen, datos sobre detención y antecedentes (de ingreso en centros penitenciarios y psiquiátricos y antecedentes personales, familiares y de enfermedad), para finalizar con la toma de datos sobre su enfermedad actual.

No obstante, si bien dentro de los antecedentes familiares o incluso en los de enfermedad, podría recabarse información sobre posible adicción a drogas; una de las principales causas alegadas de «inimputabilidad», es precisamente por su importancia y frecuencia por lo que consideramos que debe dedicar un epígrafe aparte dentro de la anamnesis a los posibles antecedentes de drogadicción.

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre, edad, trabajo, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia y otros.

DATOS SOBRE DETENCIÓN

Preguntar acerca de todo lo relacionado con su detención, concretamente día de su detención, lugar, hora, si fue tras los hechos o en días posteriores, si lo detuvieron en el lugar de los hechos o en otro lugar, si se entregó voluntariamente o fue detenido, si precisó asistencia facultativa, etc.

Todos estos datos son importantes a la hora de valorar indirectamente el recuerdo que tiene de los hechos y circunstancias que los rodearon, lo que en ocasiones es útil para comprobar si el sujeto está simulando cuando afirma no acordarse de cómo sucedieron. Asimismo, nos da una idea de lo acontecido tras los hechos (importante a la hora de valorar «trastornos mentales transitorios» o, por el contrario, verdaderos estados de «enajenación») y de si en algún momento precisó asistencia médica y si fue requerida por el sujeto por alguna enfermedad que alegaba padecer.

ANTECEDENTES

Interesan los antecedentes sobre ingreso en centros penitenciarios e centros psiquiátricos y, asimismo, investigar dos aspectos fundamentales de la persona: el genético-hereditario, relacionado fundamentalmente con los antecedentes familiares, y el ambiental-relacional, relacionado con los antecedentes personales.

Antecedentes de ingreso en centros penitenciarios

Preguntar acerca de las veces que ha estado en prisión y de las causas; es fundamental, a la hora de valorar la historia delictiva del sujeto, que nos pueda dar datos sobre su perfil de personalidad, así como para valorar la posible ansiedad que la reclusión en un centro penitenciario pueda producirle, ya que no es igual que sea la primera vez que ingresa a que se trate de un ambiente ya conocido y en el que se sabe desenvolver; en multitud de ocasiones se alegan trastornos de ansiedad cuya causa es la reclusión en el centro penitenciario y, por lo tanto, se trata de trastornos de causa concreta conocida, surgidos tras los hechos y sin relación alguna con ellos.

Antecedentes de ingreso en centros psiquiátricos

Preguntar expresamente sobre éstos y los motivos de por qué fue ingresado; es muy importante saber si los ingresos han sido antes o después de la comisión del delito que se le imputa, y en ambos casos la cercanía de fechas al suceso. De igual modo, es importante conocer si tras su detención precisó este tipo de ingreso y asistencia médica.

Antecedentes familiares

Se preguntará por antecedentes de enfermedad de padres, hermanos, hijos y familiares más directos, principalmente si se refieren a enfermedades en la esfera psíquica, padecimientos neurológicos, así como alcoholismo o adicción a drogas.

Antecedentes personales

1. Datos relacionados con su vida: estudios, trabajo, servicio militar, hábitos, como la bebida y el tabaco, adicción a drogas.
2. Obtención de datos de desarrollo psicobiográfico; interesan los datos desde la infancia, principalmente encaminados a investigar relaciones familiares, sociales y laborales, con el fin de realizar un perfil de personalidad. Así pues, es interesante poner de manifiesto: relación con padres y hermanos, edad de abandono del hogar, posibles fugas de casa, comportamiento escolar, relaciones laborales, relaciones con los amigos, concepto de sí mismo como persona, capacidad y reacciones ante la frustración, sentimientos hacia sí mismo y hacia los demás, valoración moral del acto delictivo llevado a cabo, capacidad o signos de arrepentimiento, etc.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

3. Antecedentes de enfermedad: deben computarse como epígrafe aparte los antecedentes de enfermedad, y se ha de preguntar por todo proceso patológico que el sujeto pueda haber padecido, ya se trate de procesos psíquicos o físicos, siendo el perito quien debe valorar la importancia de cada uno.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de valorar, aparte de los antecedentes de enfermedad, a efectos prácticos del informe (que sea claro, comprensible y sistematizado), el estado actual en que se halla la enfermedad que el sujeto alega padecer (en caso de no alegarse ninguna, debe hacerse constar como tal).

Puede tratarse de enfermedades de años de evolución (en este caso estará ya reflejada en los antecedentes) o de enfermedades cuyo inicio fue el momento de los hechos (una esquizofrenia que se manifiesta por primera vez en forma de brote agudo), pero en todo caso de carácter crónico (a efectos jurídicos se considerarían como enajenación) o, por el contrario, trastornos presentes en el curso de la acción pero que terminaron bruscamente con posterioridad, como sucede con un brote psicótico de carácter tóxico (jurídicamente se consideraría como trastorno mental transitorio).

Se ha de investigar también el nivel de conciencia de enfermedad que tiene el sujeto, es decir, hasta dónde es capaz de reconocer la enfermedad (física o mental) que padece y sus consecuencias para su persona y entorno, si es capaz de adoptar una postura responsable y si reconoce la necesidad de tratamiento. Es frecuente negar la enfermedad en esquizofrenia, fases de manía, estados depresivos y procesos delirantes.

DROGADICCIÓN

Han de recogerse datos de todo tipo de sustancias consumidas, fundamentalmente drogas de adicción, así como tratamientos seguidos; sobre todo, interesan los prescritos tras su detención por los hechos ahora imputados, y sobre enfermedades sufridas en relación con el consumo de drogas.

EXPLORACIÓN PSICOFÍSICA

Va encaminada a la obtención de datos sobre enfermedades físicas y psíquicas en el momento actual y, dependiendo de los resultados, se valorará a posteriori su relación con antecedentes de enfermedad y con los hechos. No debe incluirse en la exploración los antecedentes patológicos que el sujeto refiera (epígrafe aparte), y si se hace, dejarlo bien especificado para no confundir al receptor del informe.

Es de gran utilidad para demostrar las alteraciones actuales compatibles con enfermedad mental anterior, que se alegaba padecía durante los hechos, así como para averiguar el estado actual de salud mental del sujeto.

Así, por ejemplo, un sujeto que padece esquizofrenia pero que está estabilizada y además es de evolución corta hasta la fecha puede dar lugar a una exploración totalmente normal, al igual que el caso del sujeto que ha actuado durante el curso de un «trastorno mental transitorio», que no ha dejado «hue-

lla» alguna. Por el contrario, será fácil detectar una alteración de las funciones psíquicas en enfermedades de evolución crónica, de larga duración o bien resistentes al tratamiento, como puede ser el caso de esquizofrenia en fase residual con defecto, trastorno de ideas delirantes, etc.

Podemos consignar dentro de la exploración psicofísica tres apartados:

DATOS GENERALES

Se ha de hacer constar: sexo, raza, edad, fenotipo o biotipo, apariencia física y cuidado personal, así como fecha, hora y lugar de la entrevista y la exploración.

Ha de observarse la apariencia, la forma de andar, la vestimenta, el estado de aseo (limpio o desaliñado), la postura, los gestos y expresión de la cara, edad aparente, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El fin perseguido es un examen de la «imputabilidad» de la persona, y no se trata del reconocimiento físico de enfermedad como tal, por lo que no debe ser a priori una exploración exhaustiva y minuciosa si no hay sospecha. En ocasiones, basta con una observación atenta durante la entrevista para encontrar datos de sospecha, ya que trastornos psíquicos o hábitos tóxicos de los que pueda derivarse alteración de las funciones psíquicas tienen su reflejo físico.

Así ocurre con el alcoholismo crónico, en que el sujeto puede presentar el denominado hábito alcohólico; las toxicomanías, en que podemos hallar signos de venopunción o sospecharla (cicatrices y ulceraciones en piel en territorios venosos); o las alteraciones fenotípicas expresivas de determinados síndromes congénitos o hereditarios a los que se asocia enfermedad o deficiencia mental, como sucede en la trisomía 21, o síndrome de Down, en síndrome de Klinefelter, etc.

Como ejemplo de la importancia de este reconocimiento, referimos el caso de una trisomía detectada en el año 1997 en un interno de un centro penitenciario al que se le imputaba un homicidio, con los agravantes de premeditación y alevosía, y del que se nos solicitó su estudio psiquiátrico con la finalidad de pronunciarnos sobre su «imputabilidad».

Durante la primera entrevista, llamó la atención una ligera macrocefalia, baja estatura y gran corpulencia (aspecto de eunuco); ante la remota sospecha de alteraciones fenotípicas ligadas a cromosomopatías, se realizó un examen corporal algo más preciso y que únicamente evidenció un micropene y testículos muy poco desarrollados, de los que nunca efectuó consulta médica alguna. Durante las sucesivas entrevistas psiquiátricas con el sujeto y familiares, se obtuvieron antecedentes que evidenciaban graves trastornos del comportamiento (antes de los hechos, durante su biografía y durante la comisión de aquéllos) y de relación. Todos estos datos hicieron sospechar que pudiera tratarse de una cromosomopatía XXY o XYY («supermacho»), ante lo cual se solicitó un mapa genético mediante la toma de una muestra de sangre. El resultado final fue el diagnóstico de una trisomía con cariotipo 47 XXY o síndrome de Klinefelter, al que se asocia generalmente un cociente

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

intelectual límite, o incluso deficitario, y graves alteraciones del comportamiento de tipo disocial, trastornos ambos que también presentaba el sujeto objeto del informe.

En el informe emitido nos pronunciamos sobre las facultades del sujeto en el momento de los hechos, pero también sobre la alta peligrosidad que presentaba dadas sus graves alteraciones del comportamiento (solapable a los antisociales) y acompañadas de una marcada violencia imprevisible (en forma de explosiones y sin motivo aparente), de base genética, e igualmente en relación con inteligencia límite, importante consumo de bebidas alcohólicas y otros factores (desestructuración familiar, falta de instrucción y formación desde la infancia, etc.).

EXPLORACIÓN PSÍQUICA

Debe ser sistematizada y ha de comprender los siguientes extremos en las diferentes funciones psíquicas a explorar:

Actitud ante la entrevista

Es la relación del sujeto entrevistado con el entrevistador. Se ha de observar si está irritable, agresivo, cauteloso, desconfiado, cautivador o conquistador, amable y afable, defensivo, indiferente, apático o, por el contrario, cooperador, irónico o sarcástico. Se puede resumir haciendo constar si durante la entrevista el sujeto se muestra colaborador o si, por el contrario, se observan síntomas de reticencia (poco receptivo), rechazo (actitud hostil y defensiva, poco colaboradora) o negativismo (no quiere contestar), actitudes en ocasiones voluntarias o indicativas de enfermedad (por ejemplo, el negativismo puede presentarse en pacientes esquizofrénicos).

Conciencia

Como ya comentamos, se ha de explorar el grado de conciencia y la orientación, que a su vez comprende la denominada orientación alopsíquica, o del tiempo y el espacio, y la orientación autopsíquica, o conciencia del sujeto sobre sí mismo.

Se le puede interrogar acerca de dónde se encuentra, en qué día de la semana, mes y año, si puede decir adónde ha venido y para qué está aquí, y asimismo interrogarle sobre si conoce su identidad y si se reconoce a sí mismo.

Atención

La exploración de la atención, a fin de detectar posibles trastornos, se lleva a cabo sencillamente observando durante la entrevista el estado de alerta que el sujeto presenta ante las preguntas que le realizamos y analizando las respuestas en relación con el tiempo que tarda en responder y si son acordes con lo preguntado. Como ya dijimos, esta función queda disminuida principalmente en los estados de intoxicación, como en la embriaguez, los estados de abstinencia, depresivos o de gran ansiedad («está en las nubes») y puede ir unida o no a alteraciones de la conciencia.

Memoria

Se distinguen dos tipos de funciones: la denominada función de fijación (captar y retener) y la función de evocación (recordar o rememorar), según las cuales se diferencian tres tipos de memoria: memoria inmediata, que versa sobre lo pasado pocos segundos antes; la memoria reciente, que es la capacidad de recordar lo captado desde minutos hasta horas antes (ambas configuran la función de fijación); y la memoria remota, que es la capacidad de recordar hechos antiguos (función de evocación).

La memoria inmediata se puede explorar solicitando al paciente que repita cinco o seis números que le indiquemos, primero de mayor a menor y después a la inversa; seguidamente le indicamos que intente retenerlos para repetirlos cuando se los volvamos a preguntar, lo que debemos hacer a los 5 o 10 minutos (para explorar memoria reciente). En vez de números, podemos hacerlo con el nombre de tres objetos no relacionados (cuando guardan relación se facilita el proceso de memoria). Puede haber afección de la memoria reciente en trastornos mentales orgánicos y trastornos disociativos, así como ciertos fármacos y el alcohol pueden afectarla.

La memoria reciente se explora preguntando cosas del pasado reciente, como el día de ayer, con preguntas como: ¿Qué comió usted ayer? ¿A qué hora más o menos se acostó? ¿Qué vestía? ¿Qué ha desayunado esta mañana? ¿Qué cenó ayer? Suele quedar afectada antes que la memoria remota en los trastornos mentales orgánicos, como sucede tras traumatismos craneoencefálicos, por ejemplo.

Para la exploración de la memoria remota debemos hacer preguntas del tipo ¿dónde nació?, ¿dónde estudió?, fechas de nacimiento suya y de los hijos o de su pareja, en su caso. A modo de ejemplo, la memoria remota puede quedar afectada en trastornos mentales orgánicos (síndrome amnésico orgánico) y ha de tenerse en cuenta que también pueden existir lagunas de memoria localizadas, las cuales a su vez pueden rellenarse con fábulas.

Podemos encontrar lo contrario, la hipermnesia, que puede acompañar a estados de manía franca.

Como sugerencia se ha de tener en cuenta que, aparte de los diferentes procesos patológicos que pueden afectar a la memoria, la ansiedad puede dificultar la memoria inmediata y reciente, lo cual puede suceder durante la exploración, de ahí la necesidad de evitar que la persona explorada se ponga nerviosa (intentar crear un ambiente de confianza, invitarle a un descanso, etc.).

Sensopercepción

Como ya dijimos en el capítulo anterior al hablar de su psicopatología, es la función psíquica la que nos ayuda a captar e identificar el mundo externo y la propia corporalidad. Las alteraciones principales son las alucinaciones, ilusiones, seudoalucinaciones y alucinosis. A modo de resumen podemos decir:

- Las ilusiones son producto de la emoción y realmente no son percepciones anormales.
- Las alucinaciones son verdaderas percepciones para el sujeto, pero sin objeto real, tienen carácter de realidad, corporalidad y son retroproyectadas desde la realidad exterior.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– Las seudoalucinaciones son también percepciones sin objeto real, pero surgen de la realidad interior del sujeto, con menor riqueza sensorial y carácter de corporalidad.
– Las alucinosis se caracterizan por ser alteraciones de la percepción, pero el sujeto a posteriori se da cuenta de la anormalidad y hace crítica de ella; percibe que corresponden al mundo de la esfera psíquica.

Como norma general, las alucinaciones visuales y las táctiles sugieren organicidad y las auditivas esquizofrenia, así como las alucinosis son típicas del delírium trémens que cursa durante el síndrome de abstinencia alcohólica.

Para su exploración se pueden realizar preguntas del tipo: ¿Alguna vez ve cosas u oye voces? ¿Cree que le suceden o siente experiencias extrañas? ¿Siente algo en su cuerpo que pueda calificarlo como extraño o anormal? ¿Nota como si alguien lo tocara? ¿Tiene experiencias extrañas cuando se duerme o cuando se despierta? ¿Le vienen sabores u olores de repente sin presencia de alimentos? ¿Le parece que el mundo de su alrededor ha cambiado de algún modo?

Pensamiento y lenguaje

Se ha de explorar tanto la forma o el curso del pensamiento como su contenido. En capítulos anteriores nos referimos a alteraciones de la forma o el curso del pensamiento como taquipsiquia y bradipsiquia, fuga de ideas, incoherencia de pensamiento, perseveración, etc., y del contenido, como las ideas delirantes, la ideación obsesiva, fobias o miedo irracional e irresistible hacia estímulos en principio no peligrosos, ideación heteroagresiva y autoagresiva y otros más.

Puede explorarse con preguntas como: ¿Siente que alguien lo persigue? ¿Alguien quiere hacerle daño? ¿Se siente vigilado u observado por los demás? ¿Siente la necesidad de hacerse daño? ¿Alguien trata de influir sobre usted, de transmitirle sus ideas? ¿Alguien trata de dominarlo con el pensamiento? ¿Tiene ideas de las que le es difícil desprenderse? ¿Piensa frecuentemente sobre la vida y sobre la muerte? ¿Piensa en el motivo de su vida? ¿Piensa alguna vez sobre el fin del mundo? ¿Considera que usted o alguien tiene poderes especiales?

Como norma general, se puede establecer como diferencia el carácter absurdo de las ideas delirantes en la esquizofrenia frente al carácter congruente de las ideas delirantes que pueden cursar durante episodios de manía y típicas del trastorno de ideas delirantes. En relación con estos últimos, se ha tener cautela con las ideas delirantes que suelen sistematizarse en un delirio, que adquiere caracteres de realidad total, pues incluso se mezclan datos reales de la vida del sujeto.

Asimismo, hemos de estudiar la expresión de la función psíquica del pensamiento que es el lenguaje, cuyos trastornos pueden ser expresión de trastornos del pensamiento, mientras que en otras ocasiones se trata de trastornos puros del lenguaje.

Basta con la observación atenta para detectar lenguaje lento, rápido, locuaz, espontáneo, titubeante, balbuceante o tartamudez, en cuanto a su forma; o vivaz, enérgico, decidido, enfático o, por el contrario, taciturno, dubitativo o apagado, en cuanto a su tono. Asimismo, debemos explorar la articulación, para lo que se debe realizar sencillos ejercicios invitando al paciente a repetir frases como «el músculo esternocleidomastoideo está en el cuello», «tres tris-

tes tigres comían trigo en un trigal», «mármol reluciente como cristal transparente», etc.

Psicomotricidad o conducta motriz

Se debe explorar el grado de actividad psicomotriz (agitación o retardo), tics, temblores, automatismos, muecas, manierismos, flexibilidad cérea, trastornos de la marcha (ataxia), etc.

Determinadas posturas fijas, así como la flexibilidad cérea o posturas extrañas, son típicas de la esquizofrenia; agitación psicomotriz en forma de hiperactividad suele aparecer con abuso de estimulantes y estados de manía, o expresada por temblores en los estados de ansiedad y, por el contrario, está disminuida en los estados depresivos. En ocasiones se deben a afecciones orgánicas, como ocurre con la marcha atáxica en las lesiones cerebelosas o temblores en enfermedades como Parkinson y tumores cerebrales, o se trata de tics sin significación patológica alguna.

La mayoría de las veces basta con la atenta observación, si bien se debe preguntar sobre los signos observados como, por ejemplo, el origen de temblores o manierismos: «¿Está un poco nervioso?» (ante el temblor de extremidades o signos de hiperactividad, explicándole el porqué de la pregunta). «Observo que le tiembla el pulso (o las manos o las piernas), ¿a qué se debe?»

Afectividad

Ya dijimos que se podía definir como el desarrollo de la propensión o capacidad de querer y que en ella se diferencia entre el mundo de las emociones y el mundo del estado de ánimo o de humor. Éste puede estar deprimido o elevado; en grados extremos conducen al estado de depresión o, en el polo opuesto, estados de hipomanía o de manía franca. En relación con las emociones, describíamos cuadros como la irradiación afectiva, la labilidad afectiva, la incontinencia emocional o la indiferencia afectiva, que pueden ser expresiones de diversos trastornos psíquicos.

Su exploración se basa fundamentalmente en la observación, ya que, por la expresión corporal, la psicomotricidad y la voz se pueden detectar estados de melancolía, tensión, ansiedad, desesperanza, resentimiento, apatía, alegría, euforia (que en grado máximo puede llegar a ser de tipo maníaco), temor, etc. No obstante, debe preguntarse con cautela y precaución por lo observado, sobre todo por los motivos de su estado: ¿Cómo se siente? ¿Cuál es el motivo de su tristeza (o alegría, euforia, melancolía, apatía, etc.)? ¿Desde cuándo se siente así? ¿Piensa usted que no vale la pena vivir? ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño? ¿Por qué piensa que quiere morir?

Conductas instintivas

Deben explorarse las conductas encaminadas al sueño (alterado, por ejemplo, en estados depresivos o manías), el sexo (alterado, por ejemplo, en fases depresivas o en esquizofrenia simple, demencias, alcoholismo) y la alimentación (alterada en las depresiones, negativismo en esquizofrenia, anorexia mental, alcoholismo, drogodependencias).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Juicio y raciocinio

No se refieren a la capacidad intelectual, si bien se relaciona con ella, sino a la capacidad de comprensión de conceptos o hechos, extraer conclusiones derivadas, así como establecer relación (diferencias-semejanzas) entre conceptos. Incluye, además, la capacidad de abstracción de la persona.

La capacidad de juicio y raciocinio suele estar alterada en la esquizofrenia de larga evolución y, sobre todo, en la residual con defecto, en los trastornos mentales orgánicos y en los CI límite y la debilidad mental, en que es típico que el sujeto establezca diferencias entre conceptos cuando se le pregunta por las semejanzas.

Se pueden plantear problemas simples para valorar la respuesta a situaciones sociales normales: ¿Qué haría usted si en la calle se encuentra un niño pequeño? ¿Qué haría usted si halla un DNI? ¿Qué haría si se encuentra un paquete franqueado y con los datos del destinatario?

Asimismo, la capacidad de relacionar conceptos se puede explorar preguntando semejanzas y diferencias entre clásicos conceptos como mano-pie, niño-enano, pájaro-mariposa, contar del 1 al 10 comenzando por el 10 hacia atrás, nombrar los días de la semana o los meses del año de delante hacia atrás o saltándose uno. Por último, podemos explorar la capacidad de abstracción invitando al sujeto a que interprete o razone un refrán («A quien madruga Dios le ayuda», «Más vale pájaro en mano que ciento volando», «A quien a buen árbol se arrima buena sombra le cobija», etc.).

Inteligencia

Durante la exploración se podrá determinar la capacidad del sujeto de comprender conceptos, de cálculo sencillo, de aprender, de responder de acuerdo con lo que se pregunta, de lectura y escritura en caso de estar escolarizado, etc. Asimismo, podemos someter al sujeto a preguntas sencillas como: ¿De qué color es el caballo blanco de Santiago? ¿Qué pesa más, un kg de paja o un kg de plomo? o que realice problemas de cálculo sencillo ($7 \times 8 \times 2$, 12×12, $6 + 2 + 4$, restas seriadas de 6 en 6 desde 36) o plantearle problemas cotidianos de manejo de dinero. Las preguntas han de realizarse y las respuestas valorarse siempre de acuerdo con el nivel educacional y cultural del sujeto.

De esta forma, podremos obtener una idea presumible sobre su estado intelectivo, con la finalidad no de determinar un coeficiente intelectual puntual, sino de realizar diagnóstico de sospecha o, por el contrario, descartar déficits intelectivos. En caso de sospecha, se habrá de realizar un estudio psicométrico para poder determinar un coeficiente intelectual puntual, y solicitar, como prueba complementaria, la determinación del CI por especialistas adecuados, psicólogos, mediante las pruebas que se estimen pertinentes.

DATOS COMPLEMENTARIOS

El conjunto de lo que podemos denominar datos complementarios tiene como finalidad confirmar el diagnóstico de sospecha y establecer el diagnóstico diferencial. Aportarán, junto con los datos recabados de las declaraciones, objetividad a lo referido por el sujeto durante la anamnesis. Pueden llegar a ser

esenciales y cruciales cuando no se dispone de más información que la aportada por la persona explorada, información a priori subjetiva, pues hemos de tener en cuenta que, a diferencia del enfermo clínico, cuyo interés principal es depositar su confianza en el facultativo médico para obtener una curación, en el imputado, por lo general, sus intereses varían, e irán encaminados a excusarse de la acción cometida. Así pues, los datos o pruebas complementarios nos pueden servir para detectar simulaciones.

INFORMES MÉDICOS

- *Presentes en procedimientos referidos al imputado:* han de valorarse y examinarse todos los documentos referidos a enfermedad, de la clase que sea (mental o no) y su descripción muy somera en nuestro informe, destacando sólo los datos fundamentales, relevantes a nuestro juicio, lo que es preferible hacer en orden cronológico.
- *Informes directamente aportados por el imputado o sus familiares o allegados:* igualmente han de examinarse todos y puntualizarlos en el informe.

ENTREVISTAS CON FAMILIARES O PERSONAS ALLEGADAS

En ocasiones aportan datos de gran valor sobre la enfermedad que padece el imputado e igualmente son de gran utilidad para configurar la psicobiografía del sujeto en relación principalmente con el estudio de su personalidad y sus posibles trastornos.

SOLICITUD DE INFORMES A CENTROS DIVERSOS

Se pueden solicitar informes a hospitales, médicos especialistas y médicos de asistencia primaria, para obtener antecedentes de enfermedad (por ejemplo, trastornos orgánicos cerebrales por enfermedad común o traumatismos previos), a unidades hospitalarias de salud mental o equipos de salud mental (se encargan del control y tratamiento de los pacientes de forma ambulatoria) a fin de que informen sobre posibles antecedentes psiquiátricos del sujeto y al centro penitenciario, siempre que consten antecedentes de internamiento, fundamentalmente en los casos en que el sujeto se halle internado desde el momento de los hechos o por ellos haya estado internado durante un cierto tiempo.

Este último tipo de información puede ser un dato fundamental para detectar si se trata de verdaderos cuadros de trastorno mental que comienzan o se hallan en el momento de los hechos o si se trataba de simulaciones (por ejemplo, esquizofrenias u otras psicosis simuladas, que desaparecen tras aplicar placebos o sin tratamiento alguno y sólo presentan síntomas durante las exploraciones forenses o en cualquier diligencia judicial relacionada).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Como ya indicamos, tenemos diversas pruebas al alcance que, dependiendo de su finalidad, podemos agrupar en:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Métodos objetivos de carácter físico-radiológico* (electroencefalograma, ecografía, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, electrocardiograma, etc.).
– *Métodos objetivos de carácter clínico-biológico:* análisis bioquímicos y marcadores hepáticos, en caso de alcoholismo, por ejemplo; cariotipos para diagnóstico de cromosomopatías, etc.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Siempre han de realizarla psicólogos y se basa fundamentalmente en:

– Entrevista y observación conductual.
– Métodos objetivos de psicometría: encaminadas a medir el coeficiente intelectual y el deterioro cognitivo. Hay diferentes test o pruebas, como el test de Raven, el de retención visual Benton, WAIS, test dominó y test de Melli.
– Métodos objetivos de exploración de personalidad y de conducta: hay muchas y variadas, como el test MMPI de la Universidad de Minnesota, Guilford-Zimerman, CEP de Pinillos, PEI de Secaden, test de apercepción temática (TAT) de Morgan y Murray y el test de Rorschach.
– Otros test de utilidad: de impulsividad (test de Gibson, test del laberinto de Chapuis), de agresividad (test de frustración de Rosenzweig, test de Mira) y de ansiedad (cuestionario de ansiedad estado-rasgo [STAI]).

DIAGNÓSTICO

Ha de llevarse a cabo un diagnóstico sindrómico y, dentro de éste, se podrá ser más o menos específico de acuerdo con todos los datos expuestos anteriormente. Debemos utilizar para ello una clasificación estandarizada y reconocida, como la CIE-10 (OMS, 2007) o, en su defecto, la DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2008).

No queremos dejar de insistir en la necesidad de darle a este diagnóstico el propio valor que se merece en psiquiatría forense, que no clínica, por el hecho de que no es tan importante diagnosticar específicamente la enfermedad psiquiátrica que el sujeto pudiera presentar, sino determinar su estado mental en el momento de los hechos. En este sentido, ya expresado anteriormente, se pronuncia Gisbert Calabuig (2004 d) cuando afirma: «En consecuencia, desde el punto de vista médico-legal, tiene mucha más importancia puntualizar ambos momentos psicológicos (conocer y obrar según conocimiento —elementos fundamentales de todo acto—), que son los que han de tener efectividad legal, que realizar el más perfilado diagnóstico nosológico, si no se precisa la afección sobre cada una de las funciones psíquicas».

De igual forma se pronuncia la Sala Segunda del Tribunal Supremo al establecer que «para la apreciación de una circunstancia eximente o modificadora de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado no basta una clasificación clínica, por lo que debe evitarse incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto que es menester poner en relación la alteración mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo» (S.T.S. 51/93, de 20.1).

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES O MÉDICO-LEGALES

Éste es, cuando menos, uno de los apartados de mayor importancia en el informe forense o médico-legal «de imputabilidad», pues constituye la parte de razonamiento científico que ha de llevar aparejado todo informe que se precie de serlo.

Es donde se ha de establecer y quedar patente la relación causa-efecto entre el acto delictivo que se le imputa al sujeto y su trastorno mental, que es el objetivo final, y puede que en ocasiones único (también podemos pronunciarnos sobre la peligrosidad del sujeto), de nuestro informe, tal como hemos visto que exige el Tribunal Supremo.

Se deben efectuar las siguientes consideraciones médico-forenses o médico-legales que, a afectos prácticos, pueden consignarse como subepígrafes en este apartado.

SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

Ha de razonarse el porqué del diagnóstico llevado a cabo y explicar someramente las características de dicho estado de enfermedad. De esta forma, podemos hacer referencia brevemente y de forma general a su etiología, clínica, tratamiento, curso o evolución y pronóstico, y posteriormente particularizar en el caso concreto sobre estos extremos (estado actual del sujeto, tratamientos aplicados, evolución y pronóstico).

ALTERACIÓN DE FACULTADES INTELECTIVAS Y/O VOLITIVAS EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO

Se ha de exponer si el trastorno psíquico que padecía el sujeto puede o no afectar de forma general a la esfera volitiva e intelectiva y en qué grado.

ALTERACIÓN DE FACULTADES INTELECTIVAS Y/O VOLITIVAS EN EL MOMENTO DE LA ACCIÓN

Finalmente, ha de analizarse, en relación con la acción imputada y el trastorno que padece, si aquélla fue causa de la alteración de facultades en el momento de la acción o, por el contrario, éstas estaban indemnes a pesar de cursar con alteración o trastorno mental. Es la particularización de cada caso concreto, pues, como ya dijimos, un trastorno mental no puede servir de excusa y eximir de responsabilidad para todo acto que se cometa y, por lo tanto, un sujeto puede ser imputable para una acción dada y no para otra presentando en ambas el mismo trastorno. En caso de que se detecte una alteración de facultades, hemos de explicar cuál de ellas se hallaba afectada, si inteligencia o voluntad, o ambas, y podemos recurrir al análisis de lo que considerábamos que es la traducción de dichas facultades en el origen y el desarrollo de cualquier acto humano: conocer y actuar según lo conocido; ya sea por afectación de la inteligencia, ya sea por afectación de la voluntad, podrán haberse visto afectadas la capacidad de conocer y/o la de actuar según lo conocido (criterio cualitativo), en mayor o menor grado (criterio cuantitativo) y de forma puntual o permanente (criterio cronológico), como ya analizamos en anterior capítulo.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Si la discusión científica ha de basarse en hipótesis, ésta es la parte del informe donde todas han de establecerse y valorar cada una de ellas en su rango de certeza adecuado, en grado de probabilidad. En definitiva, ésta es la parte del informe de argumentación y razonamiento científico, la que nos permite realizar el posible nexo de unión entre la enfermedad del sujeto y la acción llevada a cabo, donde se explica el porqué de lo ocurrido basado en el estado mental del sujeto y, por lo tanto, dicha argumentación va a ser la base de nuestras conclusiones finales.

En definitiva, es el razonamiento que ha de llevarse a cabo sobre la relación causal entre acción imputada y trastorno mental y, de forma genérica, ha de quedar demostrado:

- Existencia de un trastorno mental.
- Que éste pueda afectar a las facultades intelectivas y/o volitivas.
- Que estuviera o fuera concurrente durante los hechos.
- Que la acción cometida esté relacionada y sea congruente con el trastorno alegado.

CONCLUSIONES

Deben establecerse en función de lo anteriormente expuesto, si bien con los límites de probabilidad y cautela que se estime oportunos. En general, deberá concluirse sobre:

- *Primero.* Si padece o no trastorno mental y qué tipo (diagnóstico ya establecido).
- *Segundo.* Etiología, si se conoce, curso o evolución y pronóstico.
- *Tercero.* Si dicho trastorno, de forma general, puede afectar a las facultades intelectivas y volitivas de la persona que lo padece y en qué grado.
- *Cuarto.* Si para el momento concreto de los hechos que se le imputan dichas facultades estaban afectadas (y cuál de ellas), es decir, si se hallaban alteradas su capacidad de conocer y/o la de actuar según su conocimiento por una alteración de la voluntad, de la inteligencia o de ambas, y en qué grado.
- *Quinto.* En caso de ser solicitado, hemos de pronunciarnos sobre si se precisa un tratamiento ambulatorio o internamiento.

Modelos de protocolo de exploración e informe médico-forense de imputabilidad

23

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Modelo de historia psiquiátrica forense 228
Modelo de informe de imputabilidad 234

Sintetizando lo expuesto en el capítulo anterior sobre exploración psiquiátrica de la persona imputada, exponemos el siguiente protocolo, que consideramos puede adaptarse a cualquier tipo de exploración en psiquiatría forense; podría considerarse como una historia psiquiátrica forense.

Asimismo, respecto al informe psiquiátrico de imputabilidad, si bien se ha de tener en cuenta el hecho de que la independencia que la ley reconoce al médico forense, o a cualquier otro perito, hace único su informe y, por lo tanto, hay libertad total en cuanto a la forma y el contenido de éste, esto no debe ser incompatible con un estándar mínimo que deberían cumplir los informes según la materia de que se traten. Así pues, exponemos lo que puede ser, a nuestro juicio, un modelo estándar de informe médico forense de «imputabilidad».

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

MODELO DE HISTORIA PSIQUIÁTRICA FORENSE

Instituto de Medicina Legal de _____

Ref. IML: _____

Datos del/de la paciente:

Nombre: D.D.ª _____

Sexo: _____ Edad (fecha de nacimiento): _____

Lugar de nacimiento _____

Domicilio: _____

Tel. de contacto _____

Profesión: _____ Situación laboral: _____

Datos judiciales:

Motivo de reconocimiento: _____

Organismo Judicial: _____

Procedimiento: _____

Médico forense: _____

Fecha/s entrevista/s: _____ Lugar: _____

Emitido informe: _____

Fecha de emisión de informe: _____

Antecedentes médico-forenses:

Reconocimiento médico-forense previo: _____

Datos judiciales: _____

Motivo: _____

Emitido informe: _____

Fecha de emisión de informe: _____

Antecedentes sobre los hechos/motivo de reconocimiento:
(declaraciones en caso de imputabilidad; motivos para la incapacitación)

Anamnesis:

Antecedentes:

Historia delictiva:
- Motivos de detención/es:
- Ingresos en centros penitenciarios (y sus causas):
- Tratamientos recibidos tras detención o en prisión:

De ingresos en centros psiquiátricos:

Familiares[1]*:*
- Padres.
- Hermanos.
- Pareja e hijos.
- Otros familiares directos.

Personales (psicobiografía):
- *Embarazo, parto, lactancia* (indagar si tiene alguna información al respecto):
- *Primera infancia* (qué recuerdos tiene de la familia en la infancia, enfermedades propias de la infancia, cuándo comienza a hablar, andar, etc.):
- *Escolarización y estudios realizados* (nivel de estudios, recuerdo del colegio y relación con compañero/as, etc. Conocimientos en lectura y escritura, las cuatro reglas aritméticas básicas, conocimientos en geografía, historia, ciencias naturales, arte o política básicos; por ejemplo, capitales de países europeos, continentes del mundo, algunas naciones o países de Europa, partes de una planta, los Reyes Católicos, quiénes fueron Goya, Cristóbal Colón, Shakespeare, quién escribió *El Quijote,* cómo se llama el Papa, los Reyes de España, el/la presidente/a de su comunidad autónoma, el/la presidente/a de España, etc.):
- *Pubertad* (relaciones con amistades y familia, escapadas de casa, desarrollo sexual, vida escolar, hábitos de alcohol, drogas, etc.):
- *¿Servicio militar?* (si tiene edad para haberlo realizado en su época: dónde, motivos de exclusión en caso contrario, comportamiento, si sufrió arrestos y los motivos, hábitos de alcohol, drogas, etc.):

1. Investigar antecedentes relacionados fundamentalmente con trastornos mentales, alcoholismo, drogadicción, etc. y tratamientos al respecto.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Vida laboral* (en qué trabaja, si le gusta su trabajo, relaciones laborales, cambios frecuentes de trabajos, etc.):

– *Vida social* (aspectos políticos, económicos, relaciones sociales, amistades, creencias religiosas, etc.):

– *Vida familiar* (vida en pareja, posibles conflictos, relación con su pareja e hijo/as, etc.):

– *Análisis introspectivo* (concepto de sí mismo/a, concepto que tienen los demás sobre él/ella, retos personales, autoestima, etc.):

– *Valoración moral/ética de los actos* (si distingue el bien del mal, conocimiento y comprensión de lo que es un delito y sus consecuencias, alcance del acto llevado a cabo y consecuencias, motivos, valoración humana del acto, etc.):

De enfermedad:
– Física:

– Psíquica:

– Tratamientos:

Drogadicción:

Droga principal consumida:
– Tipo de droga:

– Años de consumo:

– Frecuencia aproximada de administración:

– Cantidad aproximada consumida diariamente:

– Vías de administración utilizadas:

– Tiempo transcurrido desde la última dosis:

Otras drogas consumidas:

Tratamientos:
– Desde su detención:

– Antecedentes de otros tratamientos:

Antecedentes patológicos relacionados con el consumo de drogas:
– Físicos:

– Psíquicos (especial referencia a cuadros psicóticos relacionados con consumo, si ha precisado la atención médica especializada, etc.):

Estado actual:
– Sensación de enfermedad:

– Tratamiento/s:

Exploración:

Exploración física:

- Tipo constitucional: Talla: Peso:
- Estado de nutrición:
- Coloración de piel y mucosas:
- Tatuajes:
- Cicatrices (descripción y su origen):
- Aspecto morfológico, expresión y rasgos fisonómicos:
- Anomalías morfológicas corporales (craneales [macrocefalia, microcefalia, asimetrías], de columna, miembros, etc.):
- Enfermedades sistémicas:
- Síntomas somáticos de presumible origen psíquico (trastornos del sueño, alimentación, gastrointestinales, cardiorrespiratorios, neurovegetativos, etc.):

Relacionado con consumo de drogas:

- Signos de venopunción (descripción, localización, antigüedad):
- Estado del tabique nasal y cavidad bucal:
- Signos y/o síntomas de abstinencia:
- Signos y/o síntomas que indiquen consumo reciente:
- Síntomas de «deterioro físico»:
- Antecedentes patológicos relacionados con el consumo de drogas:

Exploración de las funciones psíquicas:

Actitud general:

- Si viene acompañado a la consulta:
- Forma de presentarse, aspecto, vestimenta:
- Actitud (colaborador/a, rechazo, reticencia, negativismo, ansiedad-angustia, heteroagresividad o autoagresividad, etc.):

Conciencia:

- Nivel de conciencia:
- Orientación alopsíquica o del tiempo y del espacio (día de la semana, día del mes, año, estación, ciudad, etc.):
- Orientación autopsíquica o de sí mismo (conciencia de quién es, nombre, edad, sexo, etc.):

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Atención:
- Aprosexia, hipoprosexia:
- Hiperprosexia:

Psicomotricidad:
- Enlentecida/hiperactividad:
- Trastornos:

Sensopercepción:
- Alteraciones cuantitativas de la percepción:
- Alteraciones cualitativas de la percepción:

Memoria:
- Memoria de fijación, inmediata y a corto plazo (repetir números: por ej., 7.395, 2.851, y al revés; mirar la habitación y con los ojos cerrados nombrar algunos objetos, etc.).
- Memoria de evocación, a medio y largo plazo (días de la semana, meses del año, días que tiene el año, horas del día, minutos de la hora, segundos del minuto, explorar amnesias lacunares, selectivas, etc.).
- Trastornos de la memoria.

  Alteraciones cuantitativas.

  Alteraciones cualitativas.

Pensamiento:
- Forma:
- Contenido:

Lenguaje:
- Fonación:
- Forma:
- Contenido:
- Expresión del lenguaje:

Afectividad:
- Estado de ánimo:
- Emociones:

Juicio:
- Comprensión de conceptos (explicar un refrán: «A quien madruga Dios le ayuda»; «A buen tiempo buena cara» y otros):
- Relación de conceptos (días de la semana al revés, intercalados, igual con meses del año, enumerar del 1 al 10 saltándose un número o dos y otros):

– Diferencia entre conceptos (pájaro-mariposa, niño-enano, 1 kg de paja-1 kg de plomo, etc.):

– Semejanza entre conceptos (iguales ejemplos):

– Prueba de complementación (Dime _____ andas _____ eres; Ojos que no _____ siente; lunes, _____, miércoles, _____ , viernes, _____).

– Prueba de situaciones complejas (qué haría si se perdiera en una ciudad extranjera, si se encontrara una cartera, si perdiera el tren, si se encuentra un menor en la calle, un paquete postal, etc.):

Inteligencia, según se desprende de:

– Capacidad de comprender las preguntas:

– Capacidad de respuesta:

– Capacidad de comunicación:

– Forma de actuar, de comportarse:

– Capacidad de juicio/raciocinio:

– Capacidad de cálculo:

– Lenguaje:

– Inteligencia (normal/se sospecha déficit intelectivo):

– ¿Se precisa test de inteligencia?:

Datos complementarios:

1. Documentación médica referida al imputado:

2. Informes solicitados:

3. Exploraciones complementarias:

  – Valoración psicológica:

  – Analítica:

  – Pruebas complementarias (radiografía, electroencefalograma, electrocardiograma, tomografía computarizada, etc.):

4. Entrevista con familiares:

Diagnóstico (CIE-10):

Observaciones (consideraciones):

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

MODELO DE INFORME DE IMPUTABILIDAD[1]

Instituto de Medicina Legal de _____

Ref. IML: _____

Procedimiento n.º _____

Organismo Judicial n.º _____

Informe médico-forense. En (ciudad), a (día) de (mes) de (año). D./D.ª (nombre del/de los facultativos/as), médico/s forense/s del Instituto de Medicina Legal de (nombre de IML), en virtud del juramento que tiene/n prestado, manifiesta/n: que en cumplimiento de lo requerido por (autoridad ordenante), sobre reconocimiento de D./D.ª (nombre del imputado/a), a fin de (objeto de la peritación), ha/n realizado las operaciones encaminadas a tal fin llegando a los siguientes resultados:

Los elementos de juicio que han servido de base para la realización del siguiente informe han sido:

1. Datos obrantes en procedimiento.

2. Datos suministrados por el/la imputado/a.

3. Exploración psíquica.

4. Datos complementarios.

Circunstancias de hecho/motivo de reconocimiento:

– Atestado:

– Declaraciones imputado/a:

Ante fuerzas de seguridad:

Ante Autoridad Judicial:

– Relato hechos en consulta:

Anamnesis:

Datos de filiación:

Datos sobre detención:

Antecedentes:

– De ingresos en centros penitenciarios/psiquiátricos:

– Familiares:

1. Se variarán el preámbulo y la fórmula final según se trate de informes realizados por médicos forenses, a requerimiento de autoridad judicial y realizados en forma de declaración jurada, o de informes emitidos por peritos médicos particulares a solicitud de parte. Nos remitimos al capítulo «Informe de imputabilidad: generalidades».

– Personales (psicobiografía):

– De enfermedad:

Enfermedad actual:

Exploración:

Actitud general:

Estado físico:

Exploración de las funciones psíquicas

– Conciencia:

– Orientación:

– Atención:

– Psicomotricidad:

– Sensopercepción:

– Memoria:

– Pensamiento:

– Lenguaje:

– Afectividad:

– Juicio:

– Inteligencia:

Datos complementarios:

Diagnóstico:

Consideraciones médico-forenses:

– Sobre el diagnóstico de enfermedad:

– Alteración de facultades intelectivas y/o volitivas en relación con el diagnóstico:

– Alteración de facultades intelectivas y/o volitivas en el momento de la acción:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Conclusiones:

Primera. Que D./D.ª _____ padece/padecía _____
Segunda. Sobre la evolución, su pronóstico y tratamiento.
Tercera. Esta enfermedad, de forma general, altera/no altera sus facultades intelectivas y volitivas conforme a los razonamientos expuestos.
Cuarta. En relación, de forma concreta, con el momento de los hechos, se considera que sus facultades intelectivas y/o volitivas sí/no se hallaban alteradas/anuladas debido a una afectación de la capacidad de conocer y/o actuar según lo conocido.

Lo que declara/n en cumplimiento de lo requerido.

Revisión antropológica de la violencia

24

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Origen de la violencia 240
Violencia y agresividad 241
Evolución antropológica de la violencia 244
Tipos de violencia 246

Múltiples estudios y publicaciones se han dedicado y dedican a la violencia en general, y tipos de violencia en particular (*bullying, mobbing,* violencia de género, etc.), lo que deja constancia de la importancia que mundialmente ha adquirido y sigue adquiriendo este tema.

La violencia se ha estudiado desde muy diferentes ópticas, que podríamos agrupar de la siguiente forma:

- Violencia sobre la mujer: estudios sobre la violencia ejercida en la mujer de forma genérica, por el hecho de serla.
- Violencia doméstica: la ejercida sobre cualquier miembro de la familia por ascendientes o descendientes del propio núcleo familiar.
- Violencia juvenil: violencia callejera, violencia de bandas, violencia en los colegios *(bullying).*
- Violencia en el trabajo *(mobbing).*
- Violencia y terrorismo.
- Violencia social.
- Violencia y guerra.
- Violencia y política.
- Violencia sexual: incluye cualquier tipo de agresión o abuso sexual.
- Violencia racial, étnica o tribal.
- Violencia y medios de comunicación.
- Violencia en el deporte, etc.

Ésta, además, se ha analizado por medio de muy diferentes disciplinas, como psicología, psiquiatría, antropología, religión, filosofía, sociología, etc. De ellas, es la antropología, en su estudio del comportamiento humano, la que nos interesa como base de la nueva perspectiva para investigar en la valoración médico-forense de la víctima de violencia de género.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

ORIGEN DE LA VIOLENCIA

Muy diversos estudios e instituciones se han dedicado y dedican al estudio de la violencia como actitud del ser humano (individual o colectiva), gubernamentales, privadas u ONG. Sirvan como ejemplo en España el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer del Ministerio de Igualdad (http://www.migualdad.es) o el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (http://www.gva.es/violencia) y, en el ámbito internacional, Naciones Unidas (http://www.un.org/es/), la Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/es/) o entidades como UNICEF (http://www.unicef.es/), etc.

Asimismo, son múltiples las diferentes teorías sobre el origen de la violencia, que podríamos esquematizar de la siguiente forma:

- La violencia producto de determinadas personalidades «criminales»: ¿«gen de la violencia»?; criminales XYY («supermacho») y XXY (síndrome de Klinefelter). Son teorías casi desterradas y más propias de épocas pasadas con LOMBROSO y GARÓFALO.
- La violencia ambiental: como respuesta a determinadas circunstancias; es la violencia producto del mundo circundante, producto de la época, incluso el momento en que se halla el ser humano.
- La violencia como producto de enfermedad mental, drogas u otras adicciones: sólo podría explicar algunos tipos de violencia, pero no otros, como la política, el terrorismo, etc.
- La violencia como resultado exclusivamente de la biología, por características propias, individuales o colectivas.

De ellas, hay dos principalmente enfrentadas: el biologismo y el ambientalismo (Sanmartín, 2004). Los biologistas defienden el origen genético de la violencia, «determinación genética», mientras los ambientalistas defienden el origen cultural o social de la violencia. Entre ambos se halla la teoría interaccionista, para la cual la violencia es una alteración de la agresividad natural que se puede producir tanto por factores biológicos como ambientales.

En este sentido, se pronuncia Sanmartín (2004 b) cuando afirma: «La violencia es, en definitiva, el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura». La violencia, así entendida, es pues nota específicamente humana que suele traducirse en acciones (o amenazas de acción) u omisiones intencionales que tienden a causar daño a otros seres humanos.

A propósito de *Dr. Jekyll y Mr. Hyde,* la famosa novela de ROBERT L. STEVENSON (1886), la lucha entre el bien y el mal que todos llevamos dentro, Colomer (2005) afirma: «Las sociedades más represoras, como lo era la victoriana, niegan el mal, lo reprimen y quedan, en definitiva, más desarmadas para enfrentarse a él cuando aparece. Cuanto más tolerante es una sociedad, más acepta la existencia de impulsos reprimidos, más lucha por entender su funcionamiento y tiene más capacidad para acordar los límites que tienen que establecer para evitar los excesos destructivos».

Es la teoría interaccionista la que considero adecuada, entendiendo la violencia como resultado tanto de factores biológicos, genéticos, como ambientales:

1. *Sociales o ambientales:* éstos pueden explicar, que no justificar, motivaciones como el poder y el dominio o económicas. Es imposible desligarlos en ocasiones de contaminación de condiciones o motivaciones individuales.
2. *Biológicos:* se precisan condiciones biológicas, como inteligencia, voluntad, afectividad, etc., que permitan al ser humano no sólo la manifestación, sino la evolución de dicha violencia como conducta humana: las formas de violencia cambian según las circunstancias ambientales, pero en igual medida según la evolución del ser humano. A grandes rasgos, entre estas características biológicas podemos considerar:
   - Funciones psíquicas superiores.
   - Lóbulo prefrontal.
   - Instintos.
   - Neurotransmisores y hormonas.
   - Amígdala.
   - Factores hereditarios.
   - Condiciones ligadas al sexo.

De estas concepciones o teorías sobre el origen de la violencia podemos considerar tres enfoques de estudio:

1. *Psiquiatría:* violencia como producto de factores individuales patológicos (trastornos mentales, drogas, etc.).
2. *Psicología:* violencia como conducta resultante de interacción entre factores biológicos y sociales si bien explicada, que no justificada, por motivaciones principalmente individuales.
3. *Antropología:* se puede entender la violencia como una conducta humana resultante de la interacción entre biología y sociedad, que crea en cada ser humano un potencial violento que puede desarrollarse y cuyas motivaciones puedan ser explicadas, que no justificadas. La violencia es una conducta específica del ser humano.

Es precisamente el enfoque antropológico el que más nos interesa, en la medida en que puede explicar determinados fenómenos o expresiones de violencia más allá de características individuales o patológicas. Puede ayudar a conocer formas tan diversas de violencia como la violencia de género, la violencia social, juvenil, escolar, terrorismo, de etnias, en la comunicación, en el deporte, etc., violencias de tipo general, ya sean individuales o colectivas, y que responden a motivaciones genéricas del ser humano.

No obstante, en ocasiones es imposible desligar factores o características individuales que pueden hacer o no al sujeto más proclive a la violencia, ya sean ambientales (antecedentes de violencia en la familia, cultura de violencia, etc.) o biológicos (rasgos de personalidad), por lo que el enfoque psicológico es esencial junto con el antropológico.

VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD

Se puede considerar de forma general que, en la conducta humana, la violencia es consecuencia de la agresividad. No obstante, ni son términos sinónimos ni siempre la agresividad es violencia ni la violencia, agresividad.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

García Andrade (1982) afirma que «la criminología gira en torno a la agresividad, que ha de entenderse como una actitud de lucha preformada biológicamente en todo ser vivo, en tanto que la violencia sería producto del medio ambiente, al cargar de valores la agresividad».

Castellano Arroyo (2004 a) considera la agresividad como «una energía-disposición presente en las personas, que las prepara para la lucha contra los elementos de su mundo circundante. Esa energía es un valor positivo cuando se canaliza correctamente, mientras que descontrolada de la razón y dirigida contra las personas adquiere un valor negativo». Y hostilidad es «la agresividad-conducta, cuando la energía se transforma en acción física dirigida contra alguien o algo con la intención de causarle daño. El acto violento se convierte en agresión propiamente dicha y en ella participa toda la persona».

En este sentido, podríamos definir la violencia como la hostilidad (agresividad-conducta) dirigida contra alguien o algo con intención de causarle daño o, dicho de otra forma, una agresividad entendida como valor negativo, en el sentido de no utilizarla como medio para la supervivencia, como consecuencia del instinto de conservación, sino una agresividad concretada en acción física, y que se dirige sin razón contra las personas y el medio. No obstante, quedan ligados irremisiblemente los términos violencia y agresividad y, tal como hemos indicado inicialmente, ni son sinónimos ni siempre coexisten.

Sanmartín (2004) afirma que la agresividad es un instinto, un rasgo seleccionado por la naturaleza porque incrementa la eficacia biológica de su portador. Diferencia entre una agresividad entre especies, cuya misión es predatoria, relacionada con la alimentación, y que algunos autores no reconocen como verdadera agresividad, y una agresividad dentro de la misma especie, intraespecífica, cuya misión es ofensiva o defensiva, que está regulada por inhibidores biológicos de tal forma que el grupo no corra riesgos.

En este sentido, el agresivo nace (Lorenz, 1971; Eibl-Eibesfeldt, 1993; Sanmartín, 2002), mientras que la violencia es la agresividad fuera de control, un descontrol que se traduce en una agresividad hipertrofiada (Sanmartín, 2004).

Por otra parte, hay muchas definiciones de violencia. Consideramos entre las más acertadas desde la simple, y a su vez amplia en concepto, que realiza la propia Real Academia Española (2001), que entre las definiciones de violencia incluye «acción violenta o contra el natural modo de proceder» (término, en este sentido, sinónimo de maltrato), hasta la más minuciosa y extraordinariamente certera definición que realiza la Organización Mundial de la Salud en su «Informe mundial sobre la violencia y la salud» (OMS, 2002), y que la considera como «El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones».

Así, podemos considerar la agresividad como una condición innata en el ser humano, como en cualquier otro ser vivo, concretada en acciones puntuales, controladas o no por la razón, y tendentes a la lucha-defensa, mientras que la violencia es un conjunto de acciones razonadas, propias del humano, de origen biológico (agresividad) y ambiental, y de múltiples motivaciones más allá de esa disposición innata de lucha-defensa.

Debemos diferenciar de igual forma el término agresión. Si bien etimológicamente deriva de agresividad, no debe confundirse con este término desde el

punto de vista del comportamiento. La agresión, entendida en su acepción genérica, es «el acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño o acto contrario al derecho de otra persona» (Real Academia Española, 2001). En este sentido, debemos entenderla como un ataque no provocado, belicoso, lo que denominábamos hostilidad, cuya meta es el daño a la persona a quien se dirige; la agresividad-conducta dirigida contra alguien o algo con la intención de dañar.

Se ha polemizado mucho sobre conductas agresivas. En 1989 ARCHER y BROWNE establecen tres características del caso prototípico de agresión (Berkowitz, 1996):

- Intención de causar daño.
- Provocar daño real (no un mero aviso).
- Alteración del estado emocional (cólera u otros).

Rusell G. Geen (1998) hace una tajante distinción entre agresión colérica y agresión instrumental. La primera tiene un estado emocional negativo de cólera como reacción a alguna provocación previa y persigue causar daño. La segunda está privada de emoción y en ella predomina el cálculo; su objetivo no es causar daño, sino que la agresión es un medio para otro objetivo. Es el caso de la autodefensa o el de los maltratadores que, mediante la agresión, pretenden anular a la persona.

Entre ambas conductas, la violenta y la agresiva, se halla el término maltrato. En el sentido literal, es toda acción u omisión que se aparte de un trato adecuado a la persona; por lo tanto ambas, violencia y agresión, son maltrato. No obstante, en su acepción también genérica, al hablar del ámbito doméstico o de género, asimilamos el término de maltrato al de violencia y viceversa.

Podemos concluir, pues, sobre violencia y agresividad que la segunda, dirigida en sentido negativo, hostilidad, forma parte de la primera, y que no son sinónimas. Debemos considerar:

- *Agresividad:* conducta innata de lucha-defensa que nos prepara para vivir en el entorno que nos rodea. No nos diferenciamos en este sentido del resto del mundo animal.
- *Hostilidad:* agresividad en sentido negativo, cuando su motivo es la intención de causar daño; agresión propiamente dicha. Forma parte de la violencia.
- *Violencia:* es la conducta más allá de la agresividad, motivada por encima de la necesidad de defensa o lucha, gratuita, pero no inútil para quien la ejerce, pues tiene su motivación y objetivos.

Así pues, la violencia puede ser activa o pasiva, y va más allá de la hostilidad, pues de ella forman parte no sólo la agresión, sino toda acción u omisión (amenazas, ofensas, humillación, coacciones, privación de libertad, etc.) dirigidas hacia alguien con diverso objetivo y potencialmente lesivas a corto o largo plazo. A diferencia de la agresividad es propia del ser humano.

De este modo, todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone en contra de la voluntad, por lo que se define como «acción contra el natural modo de proceder» (Real Academia Española, 2001). Es la agresión instrumental que define Rusell G. Geen (1998), a la que antes nos hemos referido.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Es violencia la ejercida físicamente contra un adversario con el fin de derrotarlo (violencia directa, sinónimo de agresión), la que se ejerce sobre un colectivo desde la propia estructura política, económica o social causando hambre, miseria, enfermedad o incluso muerte a la población (violencia estructural), la legitimada en ideales políticos, religiosos, culturales, etc., mediante los que se justifican guerras, atentados terroristas (violencia ideológica), la ejercida por jóvenes en rebeldía a determinados patrones de comportamiento o normas sociales (violencia juvenil), etc.

EVOLUCIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA VIOLENCIA

Como ya comentamos inicialmente, tratándose de una conducta humana, su ámbito de estudio ha de ser pues la antropología, en tanto rama de la ciencia que se ocupa del estudio del ser humano y su evolución en sus vertientes física, biológica y comportamental. Y esta perspectiva de estudio del comportamiento del ser humano ante la violencia ha de ser doble: el que la ejerce y el que la sufre; acción-reacción.

Numerosos trabajos en antropología se han decantado por el estudio de las víctimas, sujeto pasivo, más que de los/las agresores/as, que algunos autores consideran como una visión parcial de la antropología de la violencia. Rodgers (2004) afirma que «la inmensa mayoría de los estudios antropológicos de la violencia tienden a mostrar un sesgo crítico hacia las víctimas o sujetos de la violencia, en detrimento de quienes la practican».

Frente a esto, no obstante, hay que considerar que el estudio de la víctima puede ofrecer más información respecto al proceso de violencia y la respuesta a ésta que el estudio del agresor. Concretamente, considero, por la experiencia acumulada, que el estudio de la violencia de género es poco abordable a través del supuesto maltratador, por lo menos en el momento actual; no suelen aportar datos sobre el proceso de violencia.

No se pueden aportar datos sobre aquello que se sabe que no está dentro de las normas legal o socialmente aceptadas en la actualidad: nadie reconoce controlar llamadas de un móvil de su pareja o devolverlas para ver quién es el interlocutor, ni controlar horarios de trabajo, etc., menos aún si se está imputado en la causa, al igual que ningún líder de una secta destructiva (salvo trastorno mental) reconocería la inducción al suicidio de varios de sus miembros. Así, en violencia de género, el maltratador no reconoce ni habla de actitudes o comportamientos ni siquiera que puedan tener tinte machista, que no delictivo.

El estudio de los sujetos receptores, con mayor o menor (generalmente) grado de conciencia de víctima real, aporta datos fundamentales sobre el proceso de violencia y sus consecuencias (respuesta a la violencia). Es difícil tener conciencia de víctima de dominio, más aún reconocer ser víctima y más aún relatarlo. Es posible, por supuesto, la simulación, dificultad añadida como en cualquier otra valoración forense, de ahí la búsqueda de métodos que intenten solapar este inconveniente analizando la compatibilidad de información aportada con un proceso de violencia.

Así pues, la violencia es un comportamiento humano analizable tanto en su ejecución como en su respuesta (proceso de violencia) y desarrollada en un medio que puede interferir en mayor o menor medida. Potencialmente, todo

ser humano puede ser ejecutor o víctima, y puede desarrollarse en cualquier circunstancia o medio.

Hirsch Goldschmidt (2002) afirma que «La violencia nos ha acompañado desde muy antiguo. Desde el hombre cazador hasta el hombre moderno constructor de sociedades complejas de las diferentes civilizaciones, ha sido la violencia la característica principal de toda esta etapa. Salir de la prehistoria no significa pasar de los palos y piedras a los misiles y bombas; salir de la prehistoria no significa explotar a los pueblos a través de las deudas y la miseria en lugar del látigo y la esclavitud. Salir de la prehistoria significa dejar atrás la violencia y la dominación de cualquier ser humano sobre otro ser humano».

Es evidente, como al principio dijimos, que se puede realizar un análisis antropológico de la violencia en tanto en cuanto, a diferencia de los animales, es un comportamiento solamente humano. En ella se definen varios elementos:

1. Conducta humana de diversas motivaciones.
2. Todo ser humano puede ser violento en potencia.
3. Es razonada, con mediación de inteligencia, juicio y raciocinio.
4. Tiende a ser estratégica.
5. Depende de elementos ambientales: culturales, legales, sociales, etc.
6. Evoluciona conforme lo hace el ser humano y la colectividad donde se desenvuelve.

Los animales, por lo tanto, no tienen conductas violentas, sino agresivas. La agresividad permite incrementar la eficacia biológica, la supervivencia del individuo y la de la especie. «La naturaleza, que es sabia, ha seleccionado factores que reorientan, cuando no inhiben, rasgos como la agresividad, evitando así que puedan dañar al grupo de individuos en los que se expresan. Por ello, lo normal entre los animales es que, en sus enfrentamientos, no llegue la sangre al río. Los animales de una misma especie o grupo, cuando luchan, lo hacen de forma altamente ritualizada… Desde este punto de vista, es falso que la naturaleza esté enrojecida por la sangre» (Sanmartín, 2004 b).

No obstante, podemos conseguir conductas violentas en un animal mediante su adiestramiento, lo que confirma que la conducta violenta es inteligente y está diseñada, y en este caso enseñada, por el ser humano. Un perro de presa puede matar por su agresividad innata, como sistema de lucha-defensa o como predador. No obstante, podemos reconducir dicha agresividad hacia la violencia y, mediante su adiestramiento, enseñarle a atacar ante determinadas situaciones. El ser humano es capaz de diseñar y enseñar la violencia.

Pero no sólo en su concepción como comportamiento humano halla la violencia su ámbito de estudio en la antropología, sino en la capacidad de evolución de este comportamiento. Podemos ir desde la violencia más básica o primitiva hasta la más refinada o estratégica. Como hemos indicado, ésta evoluciona conforme evoluciona el ser humano, evolución biológica, y el medio donde se desenvuelve, evolución ambiental.

En relación con la evolución biológica, es de especial interés el trabajo de Guirao et al. (1997). En su publicación «Anatomía de la consciencia. Neuropsicoanatomía» establecen que las diversas funciones psíquicas que integran la consciencia, como función superior que diferencia al ser humano de los animales,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

poseen un sustrato neuroanatómico cuya evolución data del origen de la vida y es dinámica y progresiva; existe una «escalada evolutiva de la consciencia».

Desde los elementales protozoos sin capacidad nerviosa alguna, pasando por la organización neuronoide de las esponjas, la mononeural de los celentéreos, bineuronal de las medusas y trineuronal de moluscos (sistemas neuronales rudimentarios), llegamos hasta los sistemas organizativos (multineuronales) capaces de funciones reflejas. Inmediatamente por encima estarían los circuitos neuronales integrales, capaces de un procesamiento mayor de la información, hasta llegar finalmente a «los niveles organizativos de la globalidad, como el soporte de la inteligencia y el pensamiento, donde prácticamente todas las grandes estructuras y funciones se ponen el servicio de la persona».

Esta fantástica evolución de la consciencia a través de la evolución biológica del ser humano se pone perfectamente de relieve cuando los autores afirman que «La conquista evolutiva del lóbulo prefrontal representa la auténtica hominización, como consecuencia de un largo proceso de perfeccionamiento. Gracias a la capacidad de la inteligencia reflexiva que aporta, no sólo se puede razonar sobre el significado de las circunstancias, sino futurizar procesos, decidir una conducta consecuente, hacer proyectos… Si la inteligencia es el proceso, la consciencia es la vivencia y el ser humano se caracteriza por tener consciencia de su propia consciencia, una consciencia superior o autoconsciencia que lo coloca en la cúspide de la creación».

La corteza prefrontal está ligada a las capacidades del ser humano consideradas tradicionalmente como más nobles: la reflexión y, a través de ella, la toma de consciencia de las emociones y su regulación y control (Sanmartín, 2004).

Funciones como inteligencia, afectividad, pensamiento y capacidad de juicio son esenciales no sólo para ejercer una violencia, sino para acoplarla a las contingencias ambientales de cada momento, lo que la caracteriza como conducta humana adaptativa de alto nivel evolutivo. En igual medida, la agresividad dependiente de estructuras como la amígdala o sustancias como los neurotransmisores y hormonas (testosterona, adrenalina, noradrenalina, etc.), que forman parte de nuestro cerebro reptiliano (Sanmartín, 2004 b), es esencial para el ejercicio de dicha violencia.

Esa adaptabilidad al medio que lo rodea es de igual forma una evolución de la violencia. Así pues, su evolución no es sólo biológica, sino dependiente de las variantes ambientales. Se adapta al medio, por quien la ejerce, a medida que cambian las condiciones. Baste como ejemplo la violencia de género, que varía en la forma de ejercerla en la medida en que se igualan social y legalmente los derechos de ambos sexos; se es consciente de lo prohibido legalmente o rechazado socialmente, por ejemplo, agredir, por lo que el dominio mediante la violencia directa va convirtiéndose en más sutil, más inteligente y estratégico.

TIPOS DE VIOLENCIA

Si bien anteriormente hablamos de violencia desde el punto de vista de su disciplina de estudio (psiquiatría, psicología y antropología) en orden a su origen (patológico, personal o humano), ahora nos interesa una clasificación atendiendo a su motivación u objetivos, forma de ejecución, dinámica y sujeto pasivo. Podemos establecer una cuádruple clasificación:

1. Violencia según objetivos (Manuel J. Checa González, 2007):
   - *Violencia patológica:* como su nombre indica, su origen se halla en un trastorno psíquico que afecta al sujeto; no existen objetivo o motivación real. Es posible, pues, ejercerla en la pareja por cualquiera de los cónyuges, por lo que no podemos considerarla violencia de género. Un trastorno de ideas delirantes puede originar violencia en la pareja no siendo de género aunque la ejerza el varón, pues su base es la enfermedad que el sujeto padece, y no se ejerce sobre la mujer por el mero hecho de ser mujer.
   - *Violencia psicopática (o sádica):* en ella está presente la huella de personalidad individual de cada sujeto. La violencia se ejerce por el mero placer de la violencia. Es el caso de los trastornos de la personalidad antisociales, si bien no es preceptivo un trastorno de la personalidad; basta con rasgos de personalidad acentuados, y/o en mil combinaciones posibles, para explicar esta violencia. Aunque suele negarse, el mal existe.
   - *Violencia material:* es la utilizada como instrumento o medio para conseguir algo de alguien: poder, dinero, respeto, etc., anclada, pues, en valores o conductas propias del ser humano. Puede conllevar o no la destrucción de la víctima.
   - *Violencia destructiva:* en igual vertiente antropológica que la anterior, pues potencialmente cualquier ser humano, individual o colectivamente, puede desarrollarla, es la ejercida con el objetivo de destruir algo o a alguien, ya sea físicamente o como persona (psíquicamente). Ejemplos de ella son los genocidios, guerra, terrorismo, *mobbing,* etc.
   - *Violencia de dominio:* su objetivo no es la destrucción de la/s víctima/s, sino dominarlas. Esto se puede definir como todo proceso de sometimiento, no consentido, de una persona por otra con el objeto de que aquella sirva a los intereses de ésta, estableciendose una relación de poder de una sobre otra. Conlleva no la destrucción, sino la anulación como persona. Es la violencia de género, de sectas destructivas, *bullying,* etc.
2. Violencia según mecanismo (Manuel J. Checa González, 2007):
   - *Violencia directa:* se ejerce fundamentalmente a través de la agresión, ya sea psíquica o física.
   - *Violencia estratégica:* es la que se ejerce a través de acciones o comportamientos más allá de la agresión. Es sutil, programada y puede que hasta invisible, pero de gran resultado. Suele ser la utilizada en la violencia destructiva y en la de dominio.
3. Violencia según dinámica (Manuel J. Checa González, 2007 b):
   - *Violencia simétrica u horizontal:* la desarrollada en plano de igualdad entre dos o más sujetos; se es víctima-agresor o agresor-víctima. No existe dominancia o superioridad de unos frente a otros.
   - *Violencia asimétrica, vertical o estructural:* la desarrollan uno o varios sujetos sobre una o más víctimas sobre las que se establece superioridad o dominio.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

4. Violencia según sujeto pasivo:
   – *Violencia individual:* se dirige contra uno mismo u otra persona.
   – *Violencia colectiva:* se dirige contra un grupo, colectivo o comunidad.

Una muestra más de su nivel evolutivo como conducta humana podemos apreciarla al comparar ambos tipos de violencia, directa y estratégica; ésta es la de mayor grado evolutivo, en orden a las facultades de la consciencia que requiere y su adaptabilidad al medio. Éstas son sus principales ventajas (Manuel J. Checa González, 2007, 2007 b):

1. No depende la fuerza (física) real o potencial del dominador en relación con la de la víctima. Aquí encuentran su sentido frases como «David contra Goliat» o «No existe enemigo pequeño».
2. Fisiológicamente, requiere mínimos gastos de energía en un proceso lento y progresivo («pago fraccionado»): estratégico.
3. No se da tregua para la recuperación de la víctima.
4. Suele ser, al menos inicialmente, imperceptible para la víctima e invisible para los que la rodean.
5. Puede no dejar rastro como acción delictiva o es difícilmente demostrable, lo que posibilita la impunidad del que la ejerce.
6. La anulación como persona en el dominio (violencia de género) asegura que la víctima sirva los intereses del dominador. La destrucción como persona *(mobbing)* asegura su eliminación, incluso físicamente (suicidio).
7. A través de la violencia estratégica podemos conseguir cualquier objetivo: «sádicos» (por placer), material, destructivo o dominio.

Concepto de violencia de género

25

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de violencia de género 250
Características de la violencia de género 256
Atracción 257
Aislamiento 258
Autoridad 259
Anulación 259
Agresión 260
Lesiones 264
Lesiones físicas 264
Lesiones cutaneomucosas 264
Lesiones esqueléticas 264
Lesiones viscerales 265
Lesiones psíquicas 265
Trastornos psíquicos 265
Daño psicológico (Paz Rodríguez, 2005) 265
Agresiones sexuales 266
Secuelas 266
Secuelas físicas 266
Secuelas psíquicas 266

Factores sociales, laborales, morales, religiosos, educacionales, etc., anclados indefectiblemente en una consideración machista del mundo, han relegado durante siglos a la mujer a un segundo, tercer, cuarto, o incluso planos inferiores, y la han hecho objeto, en el sentido literal de la palabra, de maltrato.

Socialmente, no obstante, comienza a haber una concienciación del problema y se desarrolla un rechazo público en contra de dichas prácticas, hasta el punto de denunciarlas. Se consideran formas de desigualdad y trato inadecuado de la mujer y, por lo tanto, reprobables. Sin embargo, todavía hay un mundo relegado, el familiar, donde esa desigualdad aún existe en gran medida, y si bien se ha creado una conciencia social, ésta aún no es de mayor ayuda por diversos motivos:

– Consideración de que la familia es un mundo privado, donde difícilmente pueden entrar terceros, y puede reclamarse el derecho a la intimidad para proteger ese mundo. Poca justificación tiene tal hecho, pues ¿un homicidio en

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

el seno de la familia quedaría igualmente relegado al terreno de la intimidad de aquélla? Más que nada puede ser una justificación social y en nada real.
- Se continúa asociando violencia y maltrato con agresión, pues aquélla se considera como un conjunto de agresiones físicas repetidas; aún más, se considera el maltrato casi como una forma menor de violencia.
- No se evidencia desigualdad entre hombre y mujer, sino agresiones repetidas a la mujer por un cónyuge o pareja «problemático», «desequilibrado», bebedor, drogadicto, adicto al juego, etc. o, aún peor, puede que se halle algún motivo de justificación en «el comportamiento impropio de la mujer».
- Aun en el caso de tener conciencia social de la violencia de género, se ha asociado siempre «maltratador» a agresor, cuando en realidad la agresión no es su objetivo, sino el instrumento para dominar.
- Ocultamiento del proceso de violencia, pues su falta de conocimiento hace que sólo se vea el final del proceso, generalmente reiteradas agresiones verbales, físicas o incluso el homicidio, por lo que se asocia violencia o maltrato a agresión.
- Incomprensión de la víctima: se piensa que la persona maltratada es como cualquier otra, sin llegar a entender el proceso que sufre, lo que impide o dificulta que actúe como sería lógico que actuara.

Estas razones son las que tradicionalmente han sesgado la consideración de la violencia de género como un auténtico problema endémico de nuestra sociedad, basada en la desigualdad, al igual que la desigualdad de razas, de ancianos o menores.

Concienciada en parte la sociedad, nace en nuestro país la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Sobre estos pilares, sólo una actuación multidisciplinaria podrá combatir esta lacra de la sociedad mundial.

Es en esta visión de labor de equipos, concretamente en la valoración integral de la víctima de violencia de género, donde se encuadra la actuación del médico forense. La concepción de la violencia de género como proceso de dominio y el estudio de la respuesta de la víctima y de las consecuencias lesivas que sufre son las bases de su valoración más allá de la lesión (concepción física que se tiene de ésta), resultado del hecho o hechos objetos de denuncia. Y en la consideración de la gravedad que la ley reconoce a esta lamentable realidad, dicha labor médico-forense se realiza a través de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) (nombre que reciben en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía las Unidades de Valoración Forense Integral que establece la ley). Es sólo el comienzo de una labor, la valoración forense, no exenta de dificultades, pero que a buen seguro podrá servir, junto a otras, para comprender mejor la violencia de género, sus víctimas, la prevención, la detección y en un fututo, confiemos que no lejano, su erradicación.

CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En un sentido amplio de la palabra, se puede considerar violencia como sinónimo de maltrato, definiendo aquélla como «acción contra el natural modo de proceder» (Real Academia Española, 2001).

En nuestro país, la violencia de género engloba la violencia familiar o doméstica, considerada ésta como «Toda acción u omisión llevadas a cabo de forma reiterada por uno o más miembros de un núcleo familiar contra ascendientes, descendientes, pareja o cónyuge y de las que se derivan lesiones o cuando menos sufrimiento físico, sexual o psicológico» (Tribunal Supremo, 2005), por cuanto es la ejercida por el hombre sobre su cónyuge o pareja femenina, actual o anterior. Pero, como veremos, tiene sus características propias, como cualquier tipo de violencia, respecto de sus causas, objetivos y consecuencias; poco o nada tienen que ver éstas con el maltrato ejercido contra el anciano o el niño, por ejemplo, lo que exige estudio y valoración particulares.

De forma genérica, la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas (1993) define la violencia sobre la mujer como «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas para tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada».

En un sentido menos amplio respecto del concento de lesión o daño y más concreto respecto de la relación de pareja, Lorente Acosta et al. (1998) la definen como «El conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad».

No obstante, sobre el resultado, es Leonor Walker (1979), basada en los estudios de respuesta de animal de Sligman, quien utiliza por primera vez el concepto de síndrome de mujer maltratada para referirse al conjunto de secuelas psicológicas resultantes de la violencia doméstica sobre la mujer, y explica en parte por qué algunas mujeres en esta situación no perciben que hay ciertas alternativas que les permitirían protegerse y no ponen en práctica estas opciones.

Siendo adecuadas, son definiciones basadas en el resultado, que no en el proceso, si bien ha de tenerse en cuenta que el resultado era lo único que veíamos hace años, la punta del iceberg, mientras que en la actualidad conocemos el proceso, sus causas y sus resultados, lo que permite que podamos definir específicamente la violencia de género.

Tienen, además, el hándicap de que sólo definen la violencia de género como conjunto de lesiones resultantes de agresión, por lo que la sociedad y, lo más importante, la víctima asocian la violencia de género a agresión o conjunto de agresiones, lo que dificulta su identificación y detección tempranas (actitudes y comportamientos violentos de dominio sin agresión física) y su denuncia, pues la víctima considera que ha de presentar y demostrar lesión, en el sentido literal de la palabra, para formularla. Igualmente, tienen su defecto en que puede haber agresión y lesión y no tratarse de violencia de género (en el seno de la pareja hay otros tipos de violencia) y viceversa, haber violencia de género sin lesión física aparente resultante de agresión.

Hemos de considerar la violencia de género, en lo que en el momento actual ampliamente conocemos de ella, no como un acto de agresión o suma de éstos, sino como un proceso lento y silente, más o menos directo, menos o más estratégico, cuyo fin no es la agresión, sino la anulación de la mujer como persona,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

siendo aquélla un mero mecanismo para llegar a ésta. Es más, cuanto mayor es la concienciación social y la protección legal, más estratégica se vuelve y, por lo tanto, con menor resultado lesivo visible; más imperceptible. Se puede dominar sin «pegar», pues estamos ante comportamiento humano, que no trastorno, lo que significa conciencia e inteligencia. El «violento» sabe lo que está y no está permitido, por lo que usará mayor estrategia y menos acción directa (agresión) para llevar a cabo su objetivo, el dominio de su pareja femenina. Como decía un imputado en nuestra consulta de UVIVG: «Si le llego a pegar con estas manos, la destrozo, y además, tal como está la ley, no se puede pegar».

Según estos conceptos, podríamos establecer una triple clasificación de gran interés médico-legal:

1. Según el resultado lesivo:
   a) *Violencia/maltrato sin lesiones:* es difícil que cuando menos no se produzca un sufrimiento (daño psicológico), término considerado en la definición de Naciones Unidas.
   b) *Violencia/maltrato con lesiones:*
      – Físicas.
      – Psíquicas.
      – Sexuales.
      – Muerte.
2. Según el mecanismo (Castellano Arroyo, 2004):
   a) *Por omisión:* tradicionalmente considerada, en el plano físico, como la falta de cuidados y más típica de la violencia doméstica o el maltrato familiar (infantil y del anciano), no es menos cierto que tiene gran peso psicológico en la violencia de género:
      – Carencias físicas: falta de cuidado físico, abandono económico y falta de cobertura de necesidades básicas (frecuentemente utilizadas por el cónyuge como medio de coacción).
      – Carencias afectivas: originan alteraciones de tipo psicológico que suelen ir unidas a conductas degradantes o vejatorias (maltrato psíquico por acción).
   b) *Por acción:*
      – *Maltrato físico:* patadas, puñetazos, empujones, etc.; empleo de armas blancas, contusas, de fuego, etc.; empleo de líquidos calientes, abrasivos, inflamables, etc.
      – *Agresión sexual,* que se ha de considerar de forma específica por el tipo de lesiones y repercusiones.
      – *Maltrato psíquico:* coacciones, gritos, encierros prolongados, conductas degradantes o vejatorias, etc.
3. Según el tipo penal (Ley Orgánica 1/2004; Ley Orgánica 10/1995), se puede considerar:
   a) *Delito de:*
      – *Lesiones:* Art. 36. Protección contra las lesiones (Art. 148. Código Penal).
      – *Malos tratos:* Art. 37. Protección contra malos tratos (Art. 153 del Código Penal).
      – *Amenazas:* Art. 38. Protección contra las amenazas (Art. 171 Código Penal).

– *Coacciones:* Art. 39. Protección contra las coacciones (Art. 172 del Código Penal).
– *Violencia habitual* (Art. 173 del Código Penal).

b) *Falta:* Art. 41. Protección contra las vejaciones leves (Art. 620 del Código Penal).

Es precisamente en los Art. 153.1 («El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpeare o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con…») y 173.2 («El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza…») donde la valoración médico-forense de la violencia de género, considerada como valoración más allá de la lesión, halla su base.

A tenor de lo expuesto en capítulo anterior, al hablar de violencia de género es preciso hablar en términos genéricos de violencia, por lo que, pese a tener características que la diferencian de otras formas de ésta (en su origen, mecanismos y consecuencias), para su comprensión debe ser analizada como un subtipo más.

Como ya dijimos, se han de diferenciar los términos violencia y agresividad, entendiendo esta última como un sistema de lucha, defensa y supervivencia, innata, necesaria y común a todos los seres vivos, mientas la violencia es la agresividad conscientemente derivada hacia otros objetivos (poder, dinero, placer, etc.) y, por lo tanto, gratuita (necesaria sólo para el que la ejerce) y única del ser humano (Manuel J. Checa González, 2007). Y no es innata, sino producto de la interacción de factores biológicos (lóbulo prefrontal, causante de la consciencia —Guirao, 1997; Sanmartín, 2004— y «cerebro reptiliano», constituido por la amígdala, los neurotransmisores, hormonas, etc. —Sanmartín, 2004—) y ambientales (cultura, leyes, normas sociales, etc.).

La consecuencia es que la violencia es una conducta característica y única de los seres humanos y en constante evolución (biológica y ambiental), perfectamente adaptable, a diferencia de la agresividad que, como sistema de lucha-defensa, es una conducta que comparten los seres vivos.

Asimismo, diferenciábamos la violencia según los motivos (violencia patológica, psicopática o sádica, material, destructiva y de dominio), según dinámica (violencia simétrica u horizontal y violencia asimétrica, vertical o estructural) y según mecanismo (violencia directa y violencia estratégica), considerando que la violencia estratégica es la de mayor nivel evolutivo, habida cuenta de las facultades de la consciencia que requiere y su adaptabilidad al medio.

Basándonos en esto, consideramos que la violencia de género es una violencia de dominio del hombre sobre la mujer. No obstante, a medida que se igualan social y legalmente los derechos de ambos sexos, dicha violencia de dominio está pasando de ser de tipo directo a tipo estratégico. Y al contrario, determinadas circunstancias colectivas o individuales pueden favorecer la violencia

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

directa de dominio o, mejor dicho, no precisan de una estrategia de dominio. Así, en determinados países, donde continúa existiendo una gran desigualdad de derechos, sociales y/o legales, la violencia con ánimo de dominio se puede seguir llevando a cabo directamente a través de la agresión (violencia directa de dominio), al igual que determinadas circunstancias individuales, como, por ejemplo, retrasos mentales, aislamiento por enfermedad, etc., pueden ser favorecedores para implantar violencia directa; como hemos dicho, la violencia, como conducta del ser humano, es evolutiva biológica y ambientalmente.

Es claro ejemplo nuestro país; en el corto espacio de 40 años se ha pasado de una violencia de género directa de dominio a una violencia de género estratégica de dominio, mucho más sutil, más imperceptible (para la sociedad y para la propia víctima), de gran resultado para el que la ejerce y de graves efectos para la víctima. Somos un claro ejemplo de adaptación de la violencia de género; el ser humano, y por ende la violencia, se adapta al medio, evoluciona con éste. De aquello prohibido o rechazado social y/o legalmente (ejemplo, agredir físicamente), se es consciente de que no puede realizarse.

En épocas anteriores, la desigualdad, tanto legal como social, existente favorecía una violencia de género directa, en la que aun siendo consciente la mujer difícilmente podía salir de ella por falta de recursos. Prueba de ello es que la violencia de género como proceso de dominio la estamos detectando en edades muy tempranas, hasta 16 años, y en mujeres con una media de edad de 29-30 años (Manuel J. Checa González, 2010), y cada vez con menor número de lesiones físicas, lo que indica que se está adaptando perfectamente a las nuevas normas sociales (reprobable) y legales (Ley Orgánica 1/2004). De igual forma, esta violencia directa de dominio es la que se ejerce todavía en otros países donde no existe protección social ni legal de la mujer, donde la desigualdad sigue siendo un hecho real consentido.

Asimismo, se ha de tener en cuenta que la violencia de género, aun considerada en nuestra legislación en el ámbito de la pareja, es la ejercida por el hombre sobre la mujer por el hecho de serlo, ahí radica su identidad. Tal como hemos descrito, es una violencia de dominio, y cada vez más estratégica, y es estructural (hombre-mujer en relación de dominio), no simétrica (hombre-mujer-mujer-hombre en plano de igualdad, sin relación de dominio).

Se hace, pues, necesario conocer y diferenciar que en el ámbito de relación de la pareja también hay otros tipos de violencia (patológica, psicopática, material, destructiva) al margen de la violencia de dominio, sobre todo en relaciones de alta conflictividad por diversos motivos (hijos, bienes, separación, terceras personas, etc.), violencias que pueden ejercerse simétricamente (por ambos miembros de la pareja), llegar a ser destructivas e incluso muy directas y poco estratégicas (alto riesgo de agresiones), dependiendo de la capacidad de resolución de conflictos de ambos miembros de la pareja. Forman parte de la violencia doméstica y no son expresamente violencia de género.

Esta línea ya era perfilada por Castellano Arroyo (1998) cuando en el prólogo a una obra de los doctores Lorente (Lorente Acosta et al., 1998) afirma que «Las investigaciones a realizar deben ser diseñadas diferenciando muy bien los grupos de víctimas y agresores a estudiar… Si la prevención sólo puede derivarse de un profundo conocimiento del tema, en aras de la eficiencia, hemos de estudiar por separado situaciones que la práctica clínica nos muestra bien diferenciadas», considerando que habían de distinguirse diversos tipos de

agresiones (o manifestaciones de agresividad) del hombre hacia la mujer en la relación de pareja a tenor de diversas circunstancias o situaciones, los cuales deberían individualizarse.

De igual forma, no podemos considerar la violencia estratégica de dominio como exclusiva de la violencia de género, ya que existe en otros ámbitos (sectas destructivas, *bullying, mobbing,* etc.), si bien en cada uno tendrá sus connotaciones particulares (Manuel J. Checa González, 2007).

En esta línea, Lorente Acosta (2004) habla de ausencia de perfil de maltratador afirmando que «no hay tipos de agresores, sino formas de llevar a cabo la agresión», y Bonino (2003), en relación con las explicaciones y afirmaciones más frecuentes de la violencia masculina contra las mujeres, afirma: «También es importante reconsiderar los llamados "perfiles". Por un lado, sus construcciones se basan generalmente en investigaciones sobre varones denunciados o en rehabilitación (es decir, ejecutores de actos más o menos "graves"), y por tanto representan poblaciones sesgadas que no pueden generar definiciones válidas sobre tipologías características de la generalidad de los varones que ejercen violencia. Por otro lado, impiden que sean creíbles las acusaciones a quienes ejercen violencia si no coinciden con los rasgos del perfil. Si incluimos en nuestra percepción también a los que ejercen todas las formas de violencia, los perfiles tan ajustados que algunos autores proponen se van diluyendo dentro del perfil más general de varón "habitual/normal" (tradicional), machista y misógino».

«Pese a esto, lo cierto es que los que suelen ser denunciados porque la importancia de sus acciones traspasaron cierto límite tienen algunas características comunes: habilidades menos sutiles para el dominio, más rigidez en sus creencias misóginas, nula empatía, gran capacidad manipulativa y victimista, con tres áreas de déficit (pobre control de impulsos, desajustes emocionales, insuficiencia de habilidades sociales y de resolución pacífica de problemas). Entre ellos, hay algunos dependientes emocionales, otros especialmente dominantes y otros violentos generalizados, que tienen diferente nivel de peligrosidad y recuperabilidad.»

Podríamos hallar un punto de intersección si consideramos que hay diferentes formas de maltrato (según motivación, víctimas, objetivos, etc.) y, a su vez, puede haber características individuales (en función seguramente de factores biológicos genéticos y adquiridos) y ambientales que faciliten el maltrato (concausas).

No obstante, como ya hemos expuesto, el verdadero origen está en la consideración de la mujer como inferior por parte del varón, lo que posibilita la puesta en marcha de una violencia, como comportamiento humano, que no patología, de tipo estratégico. Tiene su objetivo en el dominio de la mujer por el mero hecho de serla, sobre la base de desigualdad, heredada o existente, entre géneros.

Sin dicha desigualdad o, mejor dicho, en una sociedad basada en la igualdad de sexos, podría considerarse la posibilidad de ser víctima de violencia de cualquiera de los miembros de la pareja, con independencia de su sexo, en el marco de una capacidad de dominio que, per se, es propia del ser humano (en los más variados ámbitos); así, no hubiera existido el concepto de violencia de género referida expresamente a la violencia ejercida por el hombre sobre su pareja femenina, actual lacra de nuestra sociedad en el ámbito mundial.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La creación y consolidación del «proceso de violencia de género» como sistema estratégico de dominio, a diferencia de la directa, es largo, manipulativo e invisible para los demás y para la propia víctima, principalmente en sus inicios. Esto facilita su instauración, desarrollo y consolidación, de tal forma que se llega a la anulación personal de la víctima sin conocimiento total de ésta, por lo que, cuando ya es consciente de la evidencia (fase de agresión), su respuesta viene dificultada por la carencia de recursos personales y ambientales (los que la rodean); la víctima quedará anulada como persona, pero, además, aislada.

Tradicionalmente, hay una serie de motivos que han sesgado la consideración de la violencia de género como un auténtico problema endémico de nuestra sociedad. Entre ellos podemos considerar como fundamentales (Paz Rodríguez, 2005):

1. «Maltratador» no es sinónimo de agresor, sino de dominador. La agresión no es su objetivo, sino el instrumento para dominar, por lo que pone en marcha unas estrategias de dominación, y cuando éstas no dan resultado, fracasan o sencillamente ha de reforzar el dominio conseguido, recurre a la violencia en su sentido más estricto, agresión, ya sea verbal o física.
2. Invisibilización del proceso de violencia: su falta de conocimiento hace que sólo veamos el final del proceso, generalmente reiteradas agresiones verbales, físicas o incluso el homicidio, por lo que no lo entendemos.
3. Incomprensión de la víctima: pensamos que la persona maltratada es como nosotros, sin llegar a entender que ha sufrido un lento y tortuoso proceso de anulación de la persona, lo que impide o dificulta que actúe como sería lógico que actuara.

La puesta en marcha de dichas estrategias de dominio es posible por varios motivos:

- Asientan sobre las bases de desigualdad de género existente en la sociedad, perpetuada por motivaciones socioculturales (conductas aprendidas por imitación, anulación de modelos y falta de rechazo social).
- Relación sentimental, cuando menos inicial.
- Interacción de otros factores coadyuvantes y no causales (alcohol, drogas, trastornos de personalidad, culturales, educacionales, religiosos, etc.).

Sobre este clima el dominador establece un ataque psicológico lento y duradero, cuyo resultado final será la anulación del instinto de supervivencia y de lucha de la víctima, llegando a la anulación personal, y en caso de resistencia, como último acto de dominio, emplea la agresión (física y psíquica), incluso el homicidio. En sí, desde el primer momento en que se inician las maniobras de dominación, se ejerce violencia, pues ésta debe considerarse en su concepción genérica no como sinónimo de agresión, sino de maltrato, como cualquier acción contra el natural modo de proceder.

Es un proceso evolutivo y dinámico que se puede dividir en fases que se suceden y solapan lentamente, lo que no quiere decir que cada una de ellas

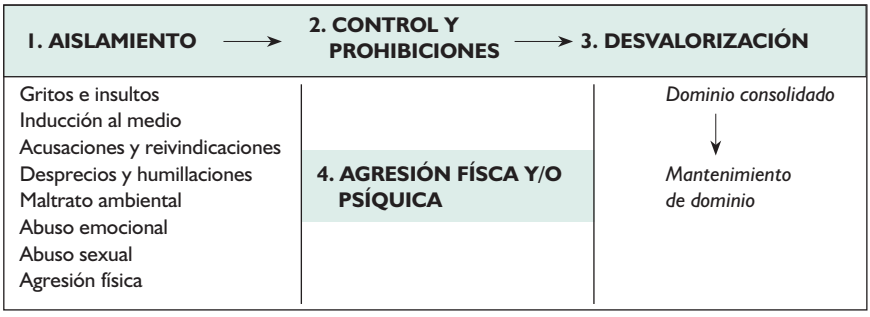


FIGURA 25.1. Esquema de proceso de dominio en violencia de género *(Paz Rodríguez, 2005).*

tenga forzosamente que existir de forma individualizada y que hayan de sucederse en un límite concreto y perfectamente detectable como si de una etapa vital concreta se tratara.

Paz Rodríguez (2005) divide este proceso en cuatro fases (fig. 25.1):

1. *Aislamiento:* se produce el aislamiento de la víctima de familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., principalmente por medio de reproches o celos.
2. *Control y prohibiciones:* de los reproches o malestar por algo se pasa a controlar y prohibir comportamientos a la víctima.
3. *Desvalorización:* en esta fase se tiende a la destrucción de los valores de la persona. Restar crédito en público, atacar constantemente sus valores como madre, su trabajo, su capacidad para ser independiente, sus labores domésticas, su trabajo, etc.
4. *Mantenimiento de dominio:* se realiza mediante agresiones física y/o psíquica propiamente dichas.

No obstante, considero que dichas fases no son específicas de la violencia de género, sino de todo proceso de dominio, y ha de añadirse una fase inicial de atracción, sin la cual es imposible el «acercamiento» de la víctima. Así, tomando como base este modelo, atendiendo al objetivo de este proceso de violencia, consideramos cinco fases en el desarrollo de cualquier proceso de dominio («proceso de las 5 A»): atracción, aislamiento, autoridad, anulación y agresión (Manuel J. Checa González, 2007).

ATRACCIÓN

Todo proceso de dominio precisa de un «acercamiento» inicial de la presunta víctima, que puede ser casual o por voluntad del dominador. Ya sea dominio en el ámbito laboral, de pareja, político, etc., se necesita «un cebo» para atraer a la víctima. Está claro que en la violencia de género la atracción es sentimental o afectiva.

Esta fase imprime a la violencia de género unas connotaciones bastante particulares en relación con otros tipos de dominio, pues dificulta su detección por la víctima en fases iniciales, lo que facilita su instauración y su desarrollo y mantenimiento progresivos. La víctima no llega a ser consciente de que de-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

terminadas conductas son violentas, incluso tras la separación de la pareja. Pero si inicialmente «la pasión nubla la razón», con el tiempo aquélla deja paso a la dependencia.

AISLAMIENTO

De igual forma, todo proceso de dominio precisa de aislamiento de la víctima, sin el cual es imposible su desarrollo. Los apoyos familiares, sociales, amistades, etc., no hacen más que interferir el proyecto de dominio, pues son punto de referencia para la víctima sobre lo que es «bueno» o «malo». Es precisamente este aislamiento lo que hace posible que la víctima «normalice» muchas actitudes y comportamientos del dominador, pues carece de referencias externas para comparar.

De forma particular, la violencia de género se suele iniciar durante el noviazgo, de forma sutil y nimia. No se prohíbe ni controla expresamente, pero se va manipulando poco a poco la situación con el objetivo de ir aislando a la víctima.

Para ello se emplean diversas maniobras como los celos (por celos se hace casi todo; siempre se cede), la crítica (de amigos, conocidos y familiares), altercados «sin importancia» en encuentros familiares o de amigos, restar credibilidad a la víctima ante amigos o familiares, «pequeños» reproches, etc.

En relación con los celos, ha de matizarse, en contra de la creencia popular, que no científica, que no se trata de celos patológicos, sino de ideas sobrevaloradas de posesión.

La palabra celos (del lat. *zēlus*, ardor) tiene varias acepciones relacionadas con el mundo de los sentimientos (al margen pues de «En los irracionales, apetito de la generación», «Época en que los animales sienten este apetito o «Período del ciclo menstrual de la mujer en que se produce la ovulación»), entre ellas: «Cuidado, diligencia, esmero que alguien pone al hacer algo» o «Interés extremado y activo que alguien siente por una causa o por una persona». De esta última, se derivan otras dos acepciones: «Recelo que alguien siente de que cualquier afecto o bien que disfrute o pretenda llegue a ser alcanzado por otro» o «Sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra» (Real Academia de la Lengua Española, 2001).

Basándonos en la definición podríamos considerar tres tipos de celos:

- Celos sentimentales: dos o más personas con sentimientos de cariño, amor o amistad, es normal que desarrollen celos en alguna ocasión, entendidos éstos como sentimiento de «inquietud (recelo o sospecha) de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra».
- Celos posesivos: sin ser patológicos, a lo más puede que ideas sobrevaloradas, no se basan en sentimientos de amor o pasión, sino de posesión. Han de entenderse como «Recelo que alguien siente de que cualquier afecto o bien que disfrute o pretenda llegue a ser alcanzado por otro». En este sentido, se puede ser celoso de un coche, una casa, un barco, cualquier propiedad, pero no de una persona. En la violencia de género el hombre considera a la mujer como una propiedad, como algo, no como alguien.

– Celos patológicos: sólo existentes en trastornos mentales en los que se manifiestan ideas patológicas, de tipo delirante (trastorno del pensamiento), de que la persona amada los engaña; se da, por ejemplo, en los trastornos de ideas delirantes o en la celotipia alcohólica.

Por lo que se refiere concretamente a esta fase de aislamiento, Ferreira (1995) refiere una serie de comportamientos en el noviazgo que pueden servir para detectar o sospechar violencia de género.

AUTORIDAD

Conseguido un adecuado grado de aislamiento (familiar, social y laboral), se pasa, como afirma Paz Rodríguez (2005), al control y las prohibiciones expresas. Es lo que podemos denominar fase de implantación de autoridad. Ya no se tratará de pequeños reproches, sino de prohibir dejando bien claro cuál y quién es el principio de autoridad, quién manda.

En determinados tipos de dominio, el principio de autoridad puede estar marcado previamente (por ejemplo, relación jefe-subordinado en el *mobbing*), si bien éste ha de reforzarse plenamente.

De igual manera, esta fase se inicia también de forma sutil y manipuladora, sobre cosas mínimas, pero que poco a poco se extenderá a cosas de mayor importancia. La víctima irá cediendo progresivamente y va instaurando maniobras de evitación (intenta adelantarse a aquello que puede servir de reproche), lo que contribuye a la anulación personal.

Entre los métodos de control más efectivos en la violencia de género se hallan el económico, la prohibición de salidas ella sola, control de horarios, control o prohibición de visitas a padres o familiares, control en el trabajo, de las llamadas de teléfono y comunicaciones en general, de relaciones sociales y laborales, etc.

ANULACIÓN

Es la fase de dominio por excelencia, si bien puede durar más o menos según la estrategia del dominador y la resistencia de la víctima. Pero si se consigue desarrollar y finalizar adecuadamente, puede conllevar un dominio pleno de la víctima, a través de su anulación como persona y el desarrollo de dependencia emocional. Progresivamente se entra en esta fase desde la fase de autoridad, igualmente de forma suave y sutil.

Concretado sobre la violencia de género, reproches sobre malgastar, no ocuparse de los hijos, abandonar las labores de la casa, desvalorizar su capacidad laboral, imposibilitar las relaciones sociales, menospreciar sexualmente, despreciar como persona, hacer comparaciones con otras personas, desvalorizar habilidades con permanente crítica, insulto desvalorizante, etc., producirá progresivamente pérdida de autoestima, convencimiento de la víctima de su falta de valores y autoculpa. En este límite puede considerarse el dominio consolidado.

Es importante matizar la utilización del insulto. En cualquier conflicto, dos personas pueden utilizar el insulto, dependiendo de la capacidad de resolución que ellos tengan, relacionado, a su vez, con educación, ambiente donde se vive,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

nivel de instrucción, etc. En este caso, el insulto se emplea como forma de agresión verbal, para ataque o defensa de similar agresión, o incluso como forma de descarga emocional de quien lo emplea. El insulto así empleado es resultado de agresividad u hostilidad.

Pero debemos distinguir entre este tipo de insulto y el insulto de desvalorización o anulación personal, en el que no se emplea de forma genérica y como resultado de nuestra agresividad, sino se dirige de forma especial contra la persona con el propósito de desvalorizar, anular, humillar («hacer daño donde más duele»); en ocasiones no hace falta el insulto como tal, el descalificativo, para conseguir el propósito. Este insulto es resultado de violencia.

«Tonto/a, imbécil, hijo de puta, mierda, cabrón, puta, inútil…» pueden ser sólo insultos sin más, como forma de agresividad, lucha-defensa, u hostilidad, descarga emocional, o bien insultos desvalorizantes, dependiendo de la forma de utilización, intención, circunstancias, a quién va dirigido o quién lo dirige. No tiene el mismo significado «inútil» sin más que cuando se afirma: «inútil, tienes un trabajo de mierda», a una persona sin instrucción con un trabajo no cualificado o cuando el jefe que ha encargado un informe, una vez presentados los resultados, le dice al empleado/a, más si es en público: «imbécil, vaya trabajo de mierda».

En la violencia de género se emplea de forma permanente el insulto desvalorizante hacia la persona, en su condición de mujer, considerándola inferior a él como hombre y con la intención siempre de desvalorizar, humillar o anular: «tonta, sólo sirves para fregar suelos», «puta, sólo te gusta acostarte con otros», «sólo sirves para la cama, y ni siquiera eso lo haces bien», «vas pintada como una furcia», «te gusta vestirte así, como las putas, para provocar», «no sabes ni ocuparte de tus hijos», etc. Con frecuencia, además, para infravalorar recurren al plano físico («gorda de mierda», «foca grasienta...», «tabla, que ni siquiera tienes pecho») o comparar con otras mujeres («otras lo hacen mejor» –referido al plano sexual–, «tienes menos pecho que ella», «ella es más lista que tú», «siempre vas hecha una guarra, no como ella»...).

AGRESIÓN

Una vez consolidado el dominio, éste ha de mantenerse, o bien puede haber resistencia de la víctima que ha de vencerse, lo que se lleva a cabo mediante la agresión propiamente dicha, ya sea psíquica (gritos, amenazas, encierros, imposición de miedo y terror) y/o física, según la resistencia de la víctima y las circunstancias.

En la violencia de género es la fase final y la única verdaderamente visible, lo que hace que cuando se detecta las consecuencias a veces sean bastante graves (incluso mortales). Es esta fase la que explica las agresiones durante o tras la separación; tras un dominio conseguido el maltratador no admite fácilmente la «rebelión» o la desobediencia de la víctima, a lo que se suele unir ideas de celos sobrevaloradas (que no patológicos) basadas más en el sentimiento de propiedad, que no pasional, hacia la mujer.

La puesta en marcha de estrategias de dominio por parte del maltratador son posibles debido a:

– Asientan sobre las bases de la desigualdad de sexo existentes en la sociedad; históricamente ha existido, residualmente existe, una concepción

machista del mundo, lo que ha posibilitado, legal y socialmente, que el hombre pueda desarrollar su capacidad de dominio (como ser humano) sobre la mujer.
- Interactúan otros factores coadyuvantes, que no causales (alcohol, drogas, trastornos de personalidad, culturales, educacionales, religiosos, etc.).
- Perpetúan esa desigualdad factores o motivaciones socioculturales (conductas aprendidas por imitación, anulación de modelos y falta de rechazo social).
- Se parte de una relación sentimental, cuando menos inicial, lo que facilita mucho las estrategias (por amor «se consiente» todo o casi todo).

Sobre este clima, el dominador establece un ataque psicológico lento y duradero, cuyo resultado final será la anulación del instinto de supervivencia y de lucha de la víctima, que llega a la anulación personal y, en caso de resistencia, como último acto de dominio, se emplea la agresión como tal (física y psíquica), incluso el delito de sangre. En sí, desde el primer momento en que se inician las maniobras de dominación, se ejerce violencia, pues ésta debe considerarse en su concepción genérica no como sinónimo de agresión, sino de maltrato, como cualquier acción contra el natural modo de proceder.

El hecho de no llegar a este último extremo no debe restar importancia a las graves consecuencias que para la víctima pueden derivarse del daño psíquico, principalmente de tipo psicológico, ya producido durante las fases anteriores, principalmente la de anulación personal.

Una vez instaurada la fase de agresión (física y/o psíquica), la violencia puede convertirse (no siempre) en un bucle dinámico, generalmente conocido como ciclo de la violencia (Leonor Walker, 1979), que posee tres períodos que se suceden cíclicamente (fig. 25.2):

1. *Luna de miel:* aparece característicamente siempre tras la explosión de violencia, en forma de arrepentimiento del agresor y por la expresión de buen carácter, regalos, deferencias, etc. En la víctima, se crea ambivalencia, expectativas de futuro, duda, sentimientos de culpa.
2. *Acumulación de tensión:* de la luna de miel se pasa, en mayor o menor tiempo, a esta fase caracterizada porque «el ambiente se va enrareciendo» poco a poco, se va volviendo irritable, se eleva la ansiedad.
3. *Explosión de violencia:* al llegar a un dintel determinado de «acumulación de tensión», se produce la descarga de ésta en forma de agresión.

Este ciclo de violencia se caracteriza por:

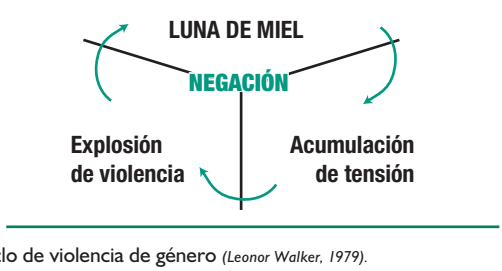


FIGURA 25.2. Ciclo de violencia de género *(Leonor Walker, 1979).*

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

1. Los tres estadios se suceden de forma cíclica, de ahí la consideración de bucle.
2. Cada vez se suceden con mayor rapidez; pueden llegar a ser tan rápidos (varias veces al día) que llegue a desaparecer la fase de luna de miel.
3. Fase ya visible de la violencia, de consecuencias previsibles muy graves para la víctima y que precisa de intervención inmediata.
4. Se mantiene por:
   – Expectativas en la víctima de cambio en la forma de actuar de su pareja.
   – Negación por parte de la víctima, anclada en dependencia emocional y/o sentimental y anulación personal.
5. Es lo realmente identificado como violencia de género por los demás (agresión) lo que impide la detección precoz del proceso.

Efectivamente, el ciclo se crea y se mantiene por unas expectativas de cambio que la víctima alberga durante la fase de luna de miel, pues el agresor puede dar muestras de llegar a ser muy buena persona, compañero o marido, a lo que ha de sumarse la dependencia emocional/sentimental que exista entre ambos. A su vez, dicha fase de «luna de miel» o «de falso arrepentimiento» creará en la víctima un sentimiento de culpabilidad, pues al fin y al cabo el agresor no es «tan malo», ya que seguramente «se le ha dado motivo» para ello. Así, la víctima, como sistema de defensa, irá cediendo poco a poco (estrategia de evitación), lo que conlleva finalmente la anulación personal y social, estado que posibilitará la «permanencia» indefinida del ciclo. En definitiva, se crea un proceso de negación por parte de la víctima que posibilita la permanencia del ciclo y dificulta su detención.

Por todo ello, la violencia de género se puede definir como un proceso estratégico de dominio del hombre sobre su cónyuge o pareja femenina a la que esté o haya estado unido por relaciones de afectividad, llevado a cabo a través de atracción, aislamiento, autoridad y anulación, y su mantenimiento mediante la agresión psíquica y/o física; estas últimas sólo son la consecuencia final visible. En este sentido tiene similitud con otros tipos de violencia estratégica (tabla 25.1).

Entendido el proceso de violencia como proceso de dominio del hombre sobre su pareja femenina, se ha de considerar que la base fundamental se halla

Tabla 25.1. Comparación de Violencia de Género con otros tipos de Violencia estratégica

	Sectas	Violencia género	*Mobbing*
Motivo	Ambibión, poder	Inferioridad mujer	Rivalidad
Tipo V. (Fases)	Estratégica dominio	Estratégica dominio	Estratégica destructiva
Atracción	Lujo, exclusividad	Sentimental	"¿Compañero o seductor?"
Aislamiento	Familiar, social	Familiar, social	Laboral
Autoridad	Jerarquía	Maltratador	Jerarquía
Anulación	Control mental	Desvalorización	Desvalorización, imagen
Agresión	Psíquica	Física/Psíquica	Psíquica
Efectos	Anulación personal	Anulación personal	Destrucción persona

en la desigualdad que, desde el principio de la historia, ha existido entre el sexo masculino y el femenino. Sin dicha desigualdad o, mejor dicho, en una sociedad basada en la igualdad de sexos, podría considerarse la posibilidad de ser víctima de violencia cualquiera de los dos miembros de la pareja, con independencia de su sexo, en el marco de una capacidad de dominio que, per se, es propia del ser humano (en los más variados ámbitos), pero no hubiera existido el concepto de violencia de género como tal, referida expresamente a la violencia ejercida por el hombre sobre la mujer en el marco de dicha relación sentimental, actual lacra de nuestra sociedad en el ámbito mundial.

El resto de las que actualmente se definen como causas no son más que factores coadyuvantes o favorecedores, como pueden ser:

1. *Alcoholismo:* muy frecuente en la violencia física/psíquica ejercida contra la mujer y los hijos por parte del hombre, en muchas ocasiones va asociado a la celotipia del alcohólico crónico. Puede ir asociado a la violencia de género y, por lo tanto, acelerar y agravar el proceso, pero no debe entenderse como su causa. Si la única causa existente es una adicción al alcohol, no se da patrón de dominio, la violencia se ejerce contra todos los miembros del núcleo familiar (violencia familiar), es más directa que estratégica y siempre coincide con el estado de ebriedad del sujeto, o puede que en estado de abstinencia. Hemos de hablar entonces de violencia patológica, no de género.
2. *Trastornos de personalidad:* en parte de los casos es verdad que los agresores son de personalidades rígidas, poco flexibles en sus razonamientos y con rasgos paranoides, incluso con trastornos de personalidad de tipo paranoide, histriónico, disocial o mixtos, lo que podría explicar su capacidad y facilidad de dominio. No obstante, esto no explica que la violencia se focalice sobre la mujer como pareja y no en otros ámbitos (laboral, social, amigos), además de que en otras muchas ocasiones se trata de sujetos con trastornos en el extremo contrario, por dependencia, y en la gran mayoría no se hallan trastornos de personalidad, ni siquiera rasgos acentuados de personalidad psicopática. Por igual motivo, a su vez, y en estadística pura, en igual medida existen los trastornos de la personalidad en la mujer, y la violencia de ésta sobre el género masculino no tiene parangón con la violencia de género. Si se demuestra un trastorno de personalidad como tal, la violencia suele ser generalizada a todos los miembros del núcleo familiar, e incluso fuera de éste, puede ser estratégica y/o directa, y su motivación suele ser el sufrimiento ajeno. Es la que hemos denominado violencia psicopática.
3. *Drogas:* puede hallarse en casos de violencia de género, pero más frecuentemente como causa de violencia o maltrato por omisión de cónyuges hacia hijos cuando ambos cónyuges son adictos, y sí como la principal causa de violencia o maltrato revertidos, de hijos contra padres, sobre todo contra las madres: ¿un nuevo tipo de violencia contra la mujer? De igual manera que con el alcohol, si se demostrara como única causa, estaríamos hablando de violencia patológica.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

4. *Económicos:* principal causa de maltrato, en el sentido más amplio, ejercido contra la mujer, a través de la prostitución y la explotación laboral.
5. *Factores educacionales:* siguen siendo el medio de transmisión de la violencia de género de unas generaciones a otras a través de una educación de tipo patriarcal y machista. Se puede considerar la base de la prevención de la violencia de género.
6. *Factores socioeconómicos:* si bien es verdad que la violencia de género se da en todas las clases sociales, también lo es que la pertenencia a clases sociales bajas o ambientes marginales la favorece, habida cuenta de que en éstos la mujer cuenta, la mayoría de las ocasiones, con importantes problemas económicos y menores oportunidades de independencia.
7. *Factores culturales y religiosos:* muy relacionados con los educacionales. El «maltratador» frecuentemente no es capaz de ir en contra de principios culturales y/o religiosos influido por familiares, amigos, ambiente donde se desenvuelve, etc., o por propia convicción.

En este sentido, se pronuncia Bonino (2003) cuando afirma que «Dichas explicaciones reflejan, pero a la vez recrean y perpetúan, mitos en los que se mezclan prejuicios, factores de riesgo o correlaciones de factores. Estos mitos atribuyen la producción de la violencia al alcoholismo, las drogas, los factores socioeconómicos, el «descontrol» por ira, celos o frustraciones, el amor pasional, la violencia en la infancia, la «naturaleza testosterónica masculina», las patologías mentales, o la falta de autoestima».

LESIONES

LESIONES FÍSICAS

Lesiones cutaneomucosas

– *Equimosis y hematomas:* en ocasiones tienen formas de figuras, reproducen el objeto utilizado (cinturones, cables, cuerdas, bates, etc.).
– *Heridas:* contusas, por arma blanca, por arma de fuego. Algunas son típicas, como la laceración del labio superior con desgarro del frenillo por puñetazos o bofetadas.
– *Quemaduras:* por abrasivos, llama, cigarrillos, líquidos calientes, etc.

Lesiones esqueléticas

– *Fracturas de cabeza:* de gran gravedad son las fracturas de cráneo acompañadas de hemorragia cerebral; de gran frecuencia, las fracturas de huesos nasales.
– *Fracturas de extremidades:* en casos extremos, síndrome de Silverman, constituido por fracturas múltiples en estadios evolutivos diferentes (más bien signo de sospecha de síndrome de maltrato infantil-violencia doméstica).
– *Fracturas de costillas:* por mecanismo directo, caídas o proyección sobre planos duros.
– *Fracturas de pelvis o raquis:* raras pero de gran gravedad.

Lesiones viscerales

- *Hematoma/hemorragias cerebrales:* extradurales, subdurales y subaracnoideas; las dos primeras son las de etiología traumática más frecuentes. Gran gravedad.
- *Lesiones abdominales:* roturas de hígado, bazo, riñones, etc., por mecanismo directo. Excepcionales, si bien graves.
- *Lesiones musculares:* arrancamientos ligamentosos, desgarros musculares, lesión de plexo braquial (más en niños pequeños al suspenderlos bruscamente de un brazo en violencia doméstica).

LESIONES PSÍQUICAS

Trastornos psíquicos

- *Trastorno de estrés postraumático (TEP) (CIE-10; OMS, 2007):* caracterizado por reexperimentación del suceso traumático, entumecimiento de la capacidad de respuesta, estado de alerta permanente, trastornos del sueño, supervivencia de la culpa, alteraciones de la memoria y la concentración, evitación fóbica y síntomas físicos (taquicardia, sudoración, etc.) ante la revivencia del hecho. Es consecuencia de situaciones en que la víctima ve amenazada su vida o sucesos de amenaza o agresiones repetidos en largos períodos.
- *Síndrome de la mujer maltratada (Leonor Walker):* quienes defienden la existencia de este síndrome lo describen como más complejo que el TEP, ya que, además de incluir los síntomas de dicho trastorno, incluye rabia, depresión, culpa, baja autoestima y rencor, además de otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades para establecer relaciones, por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad (Bosch et al., 2002).
- *Trastorno de adaptación:* puede cursar con síntomas de alteración de las emociones, alteración del estado de ánimo y/o alteraciones del comportamiento. De causa ajena al maltrato, por el cúmulo de factores asociados a la situación (separación, hijos, situación económica, familiares, etc.) o consecuencia de aquél, por la incapacidad de adaptación debida a menoscabo psicológico (desvalorización, falta de autoestima y autoculpa).
- *Depresiones reactivas:* suelen cursar aparentemente larvadas porque la víctima las oculta (vergüenza, creencia de falta de apoyo, falta de salidas, etc.). Pueden cronificarse. A veces causan suicidios. Pueden cursar solas o acompañar al trastorno de adaptación o el TEP.
- *Reacción aguda al estrés:* igual etiopatogenia que el TEP, pero de muy corta duración, menor sintomatología y mejor pronóstico.

Daño psicológico (Paz Rodríguez, 2005)

- *Anulación personal:* pérdida de autoestima, desvalorización y autoculpa, lo que dificulta enormemente la toma de conciencia de ser víctima de malos tratos y la adaptación de la víctima (causas de trastorno de adaptación tras la separación).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– *Afectación psicológica,* con variable daño en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima: sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual.

AGRESIONES SEXUALES

Más frecuentes de lo que puede parecer asociadas a maltrato o violencia doméstica, si bien no se denuncian por la poca credibilidad que durante mucho tiempo se les ha dado.

No se suelen hallar desgarros recientes de himen, ya que se trata de mujeres que previamente han tenido relaciones sexuales, si bien en ocasiones de gran violencia pueden hallarse desgarros no típicos o desgarros anales.

Pueden hallarse lesiones perigenitales o lesiones corporales asociadas indicativas de violencia.

SECUELAS

SECUELAS FÍSICAS

1. *Secuelas funcionales:* derivadas directamente de daño orgánico producido: déficit de movilidad de articulaciones, afectación de audición, visión, etc.
2. *Secuelas orgánicas sin repercusión funcional:* esplenectomía sin repercusión hematológica, etc.
3. *Secuelas de tipo estético:* en ocasiones de tal envergadura que pueden suponer grave afectación psicológica.

SECUELAS PSÍQUICAS

1. *Derivadas de daño orgánico:* por afectación de estructuras encefálicas (traumatismo craneoencefálico), como disartrias, demencias, epilepsias, etc.
2. *Derivadas directamente de trastornos psíquicos:* depresiones postraumáticas, psicosis postraumáticas, trastorno de estrés postraumático.
3. *Derivadas del daño psicológico:*
   – La cronificación de la anulación personal y de la afectación en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima conlleva la victimización.
   – Enorme dificultad para la adaptación, toma de decisiones y estabilización emocional de la víctima.

Asistencia integral de la víctima de violencia de género

26

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Asistencia integral de la víctima de violencia de género 268
Valoración integral de la víctima de violencia de género 270
Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales (Instituto Andaluz de la Mujer, 2003) 271
Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica (Ministerio de Justicia, 2005) 272
Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía 273
Médicos forenses 274
Psicólogos 275
Trabajadores sociales 275
Protocolo de Asistencia Forense de la Víctima de Violencia de Género 275

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género declara en su preámbulo: «La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión».

El ámbito de la ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las administraciones públicas. Igualmente se aborda con decisión la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que esta ley regula.

«La violencia de género está enfocada por la ley de un modo integral y multidisciplinario, empezando por el proceso de socialización y educación».

«La conquista de la igualdad y el respeto a la dignidad humana y la libertad de las personas tienen que ser un objetivo prioritario en todos los niveles de socialización».

Es, a su vez, el objeto de esta ley según su artículo 1:

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

– «… actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia».
– Establecer «medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas».
– La violencia de género a que se refiere la presente ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Desde la óptica de la Ley de Protección Integral entendemos que el término valoración integral de la violencia de género, en el ámbito de la justicia, debe incluir dos aspectos diferenciados: asistencia integral de la víctima y valoración integral de la víctima y, si bien ambos son multidisciplinarios, la actuación del médico forense queda incluida, y debe quedar limitada, al campo de la valoración de la víctima.

ASISTENCIA INTEGRAL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1. Se deben perseguir una serie de objetivos que pueden sintetizarse en:
   a) *Protección de la víctima:* con carácter de urgencia ante evidencias de violencia y con carácter permanente por persistir la violencia fuera del medio familiar (Ley Orgánica 1/2004).
   b) *Asistencia médica urgente:* atención de las lesiones físicas y psíquicas y que posibilite la recogida de indicios y pruebas. Es de gran importancia que se preste en medio hospitalario, sin restar la gran importancia de la intervención del médico de atención primaria.
   c) *Facilitar vías de denuncia:* ante fuerzas y cuerpos de seguridad y juzgados.
   d) *Asesoramiento:* con carácter de urgencia inicialmente y de forma permanente, con posterioridad, e integral, sobre futuros procedimientos penales y civiles, sobre instituciones de acogida, protección familiar, de tipo laboral, etc.
   e) *Valoración de la víctima:* a través de las unidades de valoración forense integral de los institutos de medicina legal.
   f) *Evitar la victimización:* principalmente mediante intervención psicológica desde los inicios, cuanto más temprano mejor, así como apoyo social.
2. Esta asistencia debe ser multidisciplinaria y coordinada desde los siguientes estamentos:
   a) Médico-asistencial (Instituto Andaluz de la Mujer, 2003):
      – Se precisa una asistencia médica integral de guardia (ginecólogos, traumatólogos, psiquiatra, psicólogos y otros), que puede iniciarse en centros de salud, pero debe llevarse a cabo siempre en centros hospitalarios que dispongan de los medios adecuados.

- Emisión de los correspondientes partes de lesiones detallados por los servicios de urgencias.
- Puesta en marcha del procedimiento de coordinación para la atención a mujeres víctimas de agresiones sexuales para ser llevado a cabo en hospitales.
- Seguimiento de las lesiones.
- Seguimiento psicológico/psiquiátrico de la víctima.
- Asistencia social, que puede iniciarse en centros hospitalarios.
- En casos de muerte, si se trata de muertes violentas con obligación de aviso urgente al juzgado de guardia, no puede certificarse, pero sí debe emitirse un completo parte sobre la asistencia prestada de urgencia y reconocimiento del cadáver, de gran trascendencia en la investigación judicial (médico forense).
  En caso de producirse en medio hospitalario, muertes derivadas de agresión con supervivencia, es de especial importancia un adecuado historial médico por su relevancia judicial (médico forense).

b) Médico-forense (Real Decreto 296/1996):
- Agresiones sexuales: asistencia de urgencia al hospital para reconocimiento de la víctima y recogida de muestras y, en su caso, seguimiento posterior en consulta para valoración de lesiones sufridas, valoración médico-forense de la víctima de violencia de género, etc.
- Asistencia urgente en los Institutos de Medicina Legal (Real Decreto 386/1996) por el médico forense de guardia para reconocimiento inicial de las víctimas de violencia de género: emisión del informe de adelanto de sanidad de la víctima que indique, si lo considera, la necesidad de remisión a la unidad de valoración forense integral de violencia de género del IML.
- Valoración integral de la víctima de violencia de género en las unidades de valoración forense integral (Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) en los IML de Andalucía —Decreto 176/2002— que incluyen médico forense, psicólogo y asistente social).
- En caso de muerte, levantamiento del cadáver y realización de autopsia para determinar causa de la muerte, fecha de la muerte, posibles lesiones que indiquen violencia anterior o agresión sexual y cualquier otro extremo de relevancia judicial.

c) Policial:
- Formación especializada en atención a víctimas de malos tratos y agresiones sexuales.
- Creación de grupos especiales en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE): Equipo de Mujeres y Menores (EMUME) de la Guardia Civil y Unidad de Prevención, Asistencia y Protección a Mujeres Víctimas de malos tratos (UPAP) y Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la Policía Nacional.
- Conciertos con policías autonómicas y locales para atención y protección de las víctimas en coordinación con FCSE.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- Urgencia al tramitar denuncias y establecer medidas de protección en coordinación con FCSE, jueces y fiscales; coordinación asumida en la actualidad por las Unidades Contra la Violencia sobre la Mujer de las subdelegaciones de Gobierno, dependientes del Ministerio de Igualdad.

d) Servicios sociales:
- Asesoramiento integral (abogados, asistentes sociales, psicólogos): servicio de atención a víctimas (Servicio de Atención a Víctimas de Andalucía [SAVA], 2002), colegios profesionales, etc.
- Apoyo de instituciones autonómicas, provinciales, locales (Instituto Andaluz de la Mujer, Departamento de la Mujer de las diputaciones provinciales, corporaciones municipales, asociaciones, etc.).

e) Judicial:
- Atención especializada: Juzgados de Violencia sobre la Mujer (Ley Orgánica 1/2004).
- Intervención conjunta y coordinada de jueces y Ministerio Fiscal.
- Coordinación de jueces y fiscales con los Institutos de Medicina Legal, concretamente con las unidades de valoración forense integral (Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en Institutos de Medicina Legal de Andalucía).
- Coordinación con Fuerzas de Seguridad para aplicación de medidas urgentes de protección de las víctimas (Ley Orgánica 1/2004).
- Formación de funcionarios de oficina judicial en materia de violencia de género para atención específica a las víctimas.
- Garantizar la confidencialidad.
- Potenciación de servicios de atención de víctimas: SAVA, Instituto de la Mujer, etc.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004) establece que «el Gobierno y las comunidades autónomas que hayan asumido competencias en materia de justicia organizarán, en el ámbito que a cada una le es propio, los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral, encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género».

Hemos de señalar que la ley establece la necesidad de organizar los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral (según el espíritu de protección integral que la sustenta), y no unidades de valoración médico-forense, términos que no han de confundirse y de los que hace falta considerar:

- El término forense se emplea en justicia para toda investigación tendente a una valoración pericial. No es exclusivo de la medicina forense, pues son forenses los informes de valoración aportados por otros peritos o, lo que es lo mismo, hay otros profesionales forenses además de los médicos: psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en derecho, antropólogos, peritos tasadores, policía judicial, etc.

- No ha de confundirse la valoración forense integral de la violencia de género con la valoración médico-forense de la víctima de violencia de género, pues ésta es parte, está incluida, en aquélla. Al campo de las ciencias forenses corresponderá la valoración forense integral de la violencia de género y, dentro de ésta, la valoración médico-forense de la víctima corresponde al campo de la medicina legal y forense.
- Las unidades de valoración forense integral deben incluir a todos los profesionales que puedan cubrir los requerimientos judiciales (jueces/fiscales) en pro de la aplicación de la ley, es decir, pueden ser más que médicos forenses, trabajadores sociales o psicólogos, considerados actualmente como los precisos.
- Consideramos la valoración forense integral de la víctima no como un informe forense único, y menos aún médico-forense, sino como el conjunto de dictámenes necesarios para asesorar a jueces y tribunales sobre todos los aspectos que rodean la violencia de género en cada caso concreto (valoración integral para una respuesta integral) y, más aún, deben ser los propios jueces y tribunales los que requieran de los servicios forenses la/s valoración/es que consideren oportunas.

De acuerdo con lo establecido, en los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se crearon en julio de 2005 las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG). De igual forma, en los diferentes Institutos de Medicina Legal de España se organizan unidades de valoración forense integral con diversas y muy variadas formas de actuar, a la vez que de entender la violencia de género.

Centrados en revisión de estudios y publicaciones en España, pues cualquier protocolo debe adaptarse a la concepción que de la violencia de género realiza nuestra ley y las medidas y medios de detección, valoración y protección que establece, entre los diferentes protocolos hemos de distinguir los tres siguientes.

PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS Y AGRESIONES SEXUALES (INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER, 2003)

El procedimiento se pone en marcha en 1998 como parte del Plan del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres surge por el compromiso adquirido entre diversas instituciones públicas (consejerías de la Presidencia, Justicia, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación del Gobierno en Andalucía, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias) en respuesta a una necesidad social de carácter urgente. Publicado por el Instituto Andaluz de la Mujer en el año 2000, en 2003 se realiza una reimpresión actualizada a la Ley de Orden de Protección a las Víctimas de Violencia Doméstica (Ley 27/2003).

Se establece una colaboración interdisciplinaria con intervención de múltiples estamentos (sanitario, policial, instituciones de la mujer, servicios sociales, judicial) y, por lo que se refiere concretamente a las víctimas de agresiones sexuales, se prevé la colaboración conjunta y coordinada de médicos de asistencia

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

sanitaria y médicos forenses para aunar en un solo reconocimiento las funciones asistencial y pericial.

Es más que nada un protocolo de actuación médico-forense, creado y publicado antes de la aprobación y entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, por lo que en la actualidad ha quedado relegado a la actuación sólo en casos de agresiones sexuales de forma genérica.

La víctima puede asistir al centro hospitalario (o a centros de salud, que han de derivarla inmediatamente al centro hospitalario mediante la comunicación a la Policía Nacional o Guardia Civil, en su caso) o directamente a la Policía Nacional o la Guardia Civil. En cualquier caso, esquemáticamente podemos considerarlo en cuatro pasos:

1. Caso de asistencia directa de la mujer en centro hospitalario, éste lo comunica a la Policía Nacional (hechos sucedidos dentro de la capital) o la Guardia Civil (hechos sucedidos fuera de la capital o centros hospitalarios fuera de la capital) para asistencia de equipo especializado de Policía Judicial al centro hospitalario (SAF de la Policía Nacional y EMUME de la Guardia Civil).
2. Tras la toma de denuncia y demás datos de investigación de la Policía Judicial, ésta dará la información pertinente al/a la juez de guardia.
3. Con dicha información será el/la juez de guardia quien decida sobre la intervención o no del/de la médico forense para reconocimiento de la víctima.
4. En caso de asistencia del/de la médico forense, se da el aviso correspondiente al centro sanitario para que se disponga de las condiciones necesarias para llevar a cabo el reconocimiento, junto con el/la ginecólogo de guardia, y la toma de muestras médico-forenses (al margen de las médico-asistenciales), de las que deben asegurarse las condiciones precisas para su conservación y custodia.

En la actualidad este protocolo, modificado en parte, se lleva a cabo en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía con adecuados resultados, así como en algunos Institutos de Medicina Legal del resto de España; si no el mismo, muy similar.

GUÍA Y MANUAL DE VALORACIÓN INTEGRAL FORENSE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2005)

Esta guía incluye lo que se puede considerar como el primer protocolo de actuación y valoración forense tras la entrada en funcionamiento de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género.

Se basa principalmente en un equipo forense compuesto por médico forense, psicólogo y trabajador social que tratan de dar respuesta a los requerimientos judicial o fiscal centrando su actuación, iniciada por el médico forense, y valoración en varios ejes.

El objetivo es un informe integral (de los tres profesionales), en el que, con datos de la supuesta víctima, el imputado y el medio familiar, intentan valorar lesiones sufridas, existencia de clima de violencia y riesgo de nuevas agresiones.

Entre sus objetivos constan:
- Proteger a las víctimas y evitar nuevas agresiones.
- Encontrar la necesaria coordinación entre los diferentes ámbitos de respuesta como la única posibilidad para conseguir efectividad real en el objetivo de proteger y prevenir.
- Debe poseer el suficiente valor científico-técnico que requiere su aparición dentro de un procedimiento judicial, requisito esencial para que la valoración del riesgo «objetivo» pueda incluirse con plenas consecuencias en el procedimiento penal abierto por violencia doméstica, y minimizar, dentro de lo posible, el riesgo de «falsos positivos».
- El papel de la medicina forense en estos objetivos es elaborar un informe pericial de alta calidad que pueda responder a la petición que el juzgador considere necesario en cada caso.

Está estructurado en «Ejes de interés en el equipo forense» y emisión de «Informes por ejes del equipo forense» y prevé actuación en «casos con hospitalización y/o por agresión sexual» y «actuación forense en casos de respuesta programada».

UNIDADES DE VALORACIÓN INTEGRAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL DE ANDALUCÍA

Creadas en julio de 2005, tras la inmediata entrada en vigor de la Ley 1/2004 y en respuesta a lo establecido en ella, las UVIVG en los IML de Andalucía integran médicos forenses y equipo psicosocial (psicólogos y trabajadores sociales). A su cargo está la figura del médico forense coordinador, designado por la Dirección del Instituto (fig. 26.1).

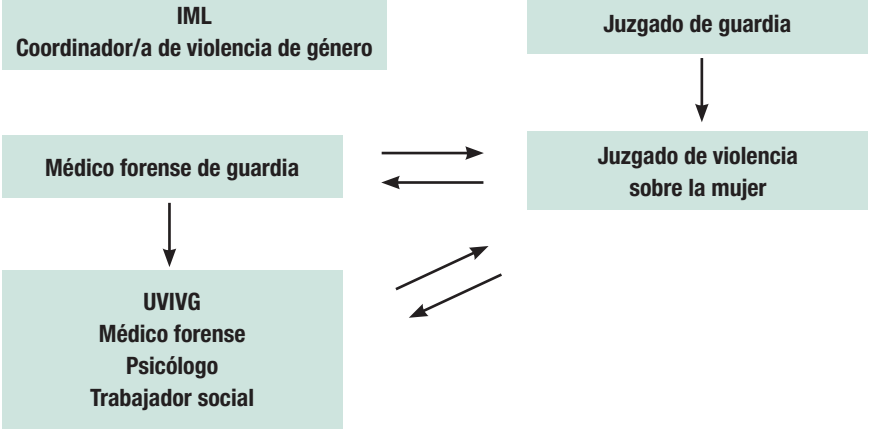


FIGURA 26.1. Esquema de funcionamiento de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG). *IML: Institutos de Medicina Legal.*

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

La solicitud de informes para valorar cualquier aspecto relacionado con la violencia de género es abordada por el IML a través de la figura del coordinador/a, quien se encarga de organizar el trabajo, para o que cuenta con una serie de médicos forenses y dispone de un equipo psicosocial propio.

El médico forense de guardia inicia la valoración de urgencia, quien emitirá informe de adelanto de sanidad y, en caso de considerarlo, hará constar la necesidad de remitir a la víctima a la unidad de valoración. Es el/la juez/a instructor/a quien decide sobre su derivación a la UVIVG.

La UVIVG también puede recibir requerimientos de valoración para emitir informe directamente del Juzgado de Violencia sobre la Mujer y, a su vez, el equipo psicosocial queda a disposición de éste para cualquier requerimiento en este sentido.

Ante cualquier requerimiento judicial, el/la coordinador/a de la UVIVG se encarga de remitir la solicitud de informe al/a la médico forense correspondiente adscrito a la UVIVG (o a psicólogo/a o trabajador/a social, en su caso), oficiando éste al juzgado para comunicar día y hora de citación al IML para reconocimiento. Tras reconocimiento médico-forense, en caso de precisar valoración por otros componentes de la UVIVG, directamente en el IML (UVIVG) se da a la víctima día y hora para ello.

Si bien éste es el esquema de actuación forense de la UVIVG, no quedó desarrollado como tal un protocolo de valoración forense, sino más bien unas indicaciones sobre las funciones de cada uno de los integrantes de la unidad (Lorente Acosta, 2005). Con carácter general, podemos considerar las siguientes funciones de los profesionales integrantes de la UVIVG:

Médicos forenses

1. Sobre las mujeres víctimas de la violencia:
   a) Diagnóstico del acto de violencia en toda su extensión y dimensión: compatibilidad con la víctima de violencia de género más allá de la propia lesión.
   b) Valoración de las lesiones y alteraciones físicas y psíquicas, tanto agudas como crónicas, y menoscabo psicológico.
   c) Establecer la «especificidad» del cuadro lesional con la etiología violenta.
2. Sobre los niños y niñas que convivan en el mismo ambiente de violencia:
   a) Efectos de la exposición al clima de violencia física y psíquica.
   b) Consecuencias de las agresiones directas que se puedan producir (valoración del daño físico y psíquico, tanto agudo como crónico).
3. Agresor:
   a) En los casos en que se solicite de manera específica, estudio psicopatológico del agresor o de algunas de las circunstancias relacionadas con su comportamiento o conducta: estudio de imputabilidad.
   b) Alcanzar un diagnóstico en términos de probabilidad del riesgo generado por la actitud violenta del agresor ante circunstancias concretas y referencia explícita (amenaza) a la continuidad de la violencia. Es lo que tradicionalmente se conoce como peligrosidad criminal, y que, de nuevo, tras la reforma del Código Penal (Ley

orgánica 15/2003), ha vuelto a ser un elemento clave sobre el que descansan muchas de las resoluciones judiciales relacionadas con los casos de violencia de género.

Para llevar a cabo estos objetivos en la asistencia podrán basarse en el método clínico de exploración y solicitud, en su caso, de estudios complementarios al equipo psicosocial.

Psicólogos

1. Sobre las mujeres víctimas de la violencia:
   a) Compatibilidad de diagnóstico, tanto agudo como crónico, de la situación de violencia de género mediante las alteraciones psicológicas.
   b) Valoración del estado psicológico actual, perspectivas de evolución y necesidad de apoyo psicoterapéutico.
   c) Atención de las peticiones de valoración por los médicos forenses de la UVIVG o de los juzgados.
2. Sobre los niños y niñas que convivan en el mismo ambiente de violencia:
   a) Efectos de la exposición psicológica al clima de violencia.
   b) Consecuencias de las agresiones directas que se puedan producir.
   c) Necesidad o no de seguimiento psicoterapéutico.
3. Agresor:
   a) Valoración psicológica de aspectos varios (personalidad, psicométricos, etc.) en estudios de «imputabilidad» y «peligrosidad criminal».
   b) Valoración psicológica de aspectos varios del imputado (personalidad, psicométricos, mecanismos de defensa, etc.) de interés en la valoración de la víctima de violencia de género.

Trabajadores sociales

Su función es elaborar y emitir informes sociales sobre los aspectos relacionados de manera directa con la violencia o con otras cuestiones de interés judicial para la adopción de medidas. Su actuación podrá centrarse, por lo tanto, sobre cualquiera de los tres sujetos (mujer, hijos y agresor), a petición de médicos forenses de la unidad o de los juzgados.

PROTOCOLO DE ASISTENCIA FORENSE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

A partir de la entrada en vigor de la «Ley de Violencia de Género» (Ley Orgánica 1/2004), es verdad que se han constituido equipos multidisciplinarios forenses que integran cuando menos a médicos forenses, psicólogos y trabajadores sociales que, con diversos nombres en los Institutos de Medicina Legal y por la actuación conjunta y coordinada (reconocimiento físico y psicológico de la víctima, reconocimiento psicológico o entrevista con el agresor, búsqueda de antecedentes sobre agresiones y valoración del ambiente familiar), tratan de dar respuesta a lo establecido en aquélla.

Según los protocolos expuestos, consideramos que se debe crear cuando menos un protocolo estándar adaptado a la ley para la valoración forense in-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

tegral de la víctima de violencia de género, teniendo en cuenta las siguientes premisas:

1. Debe ser sencillo y de fácil aplicación para evitar retraso tanto en la atención como en la valoración de la víctima.
2. Hay que diferenciar completamente la actuación y valoración en los casos de violencia doméstica (autor o víctima, cualquier miembro de la familia, que es habitual sobre niños o ancianos) y de violencia de género (la ejercida por el hombre sobre su pareja femenina), pues son procesos de violencia diferentes en su génesis, motivaciones y desarrollo, por lo que no pueden aplicarse los mismos parámetros de valoración. En este caso, nos compete el desarrollo del protocolo de asistencia a víctimas de violencia de género.
3. No se debe considerar la violencia de género como un conjunto de agresiones más o menos seriadas, de las que se ha de obtener información lo más objetiva posible para evaluarla (testimonio, partes de estado, etc.), así como establecer riesgo de continuidad. No deben asimilarse los conceptos de violencia de género y agresión. Ha de tenerse en cuenta:
   – Hay violencia de género sin agresiones aparentes, o sin el resultado lesivo de aquéllas, por lo menos el físico, y el psíquico es poco evidente o inespecífico (primeras fases del proceso en los que la violencia se ejerce sobre todo en medio íntimo de la pareja y sin agresiones físicas propiamente dichas).
   – La agresión no es el objetivo, sino un instrumento para ejercer la violencia de género entendida como un proceso global de dominio de la persona, en este caso de la mujer por parte de su pareja masculina.

   En cuanto a la contrastación u objetivación de los hechos es meramente difícil, en muchas ocasiones imposible, lo que no indica que no haya violencia de género, y dicha labor de contrastar la veracidad no corresponde al equipo forense, sino a la autoridad judicial.
4. Hemos de conseguir protocolos que valoren el proceso de violencia de género de forma global, no la valoración de elementos de forma aislada, con mayor o menor conexión, y desconociendo qué valor específico se asigna a cada uno.
5. Siempre debe haber un coordinador de todo el trabajo realizado por la unidad. Consideramos preciso que este/esta coordinador/a sea el/la médico forense, pues en definitiva las unidades están integradas en los IML y partimos de la presunción del daño a la persona, el cual ha de valorarse sin que ello suponga, en medida alguna, menor consideración de los demás profesionales del equipo. De igual forma, alguien debe ser el encargado de «cribar, filtrar» cada caso, pues no debe realizarse una valoración integral cuando no sea preciso.

   Más que un informe combinado, del que es muy difícil reproducir la peritación (no sería específicamente médica ni psicológica ni del trabajador social, sino combinada), consideramos que debe tratarse de dictámenes independientes emitidos por los diferentes profesionales de la unidad y que formen parte de un caso de valoración integral, no que constituyan un único informe.

Viene a ser similar al estudio solicitado al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en casos de muertes violentas y sospechosas de criminalidad. Éste se solicita al Instituto especificando las investigaciones que precisamos, que son realizadas por el servicio correspondiente, el que emite el informe de resultados (uno por servicio). Forman un todo de investigación complementaria del INT y CF, pero no es un único informe, sino dictámenes independientes que forman parte de un mismo caso. Continuando con la analogía, es el médico forense encargado de cada caso quien solicita pruebas al INT y CF o sencillamente cierra su informe de autopsia sin precisar nada más. Actúa como responsable de la investigación y deriva sólo a investigación complementaria los casos que considera tienen motivos. El valor, pues, de los dictámenes complementarios es de la mayor trascendencia.

No obstante, todos los integrantes del equipo forense también deben estar a disposición de jueces/fiscales para informar sobre extremos específicos de carácter médico-forense, psicológico o social que aquéllos precisen.

6. Las entrevistas cruzadas a víctima y agresor para obtener datos no pueden convertir la prueba pericial en un careo víctima-agresor. No se trata de un análisis de veracidad ni de contrastación de testimonios o declaraciones, labor que no corresponde al médico forense (sí a jueces, fiscales y abogados), ni serían datos científicamente aceptables. Un testimonio, además, puede cambiarse en cualquier momento, al margen de la fiabilidad del estudio de la veracidad del testimonio en adultos sin trastorno mental.
7. Debe huirse de la visión atomista del proceso de violencia de género y, como consecuencia, de la complicada y dudosa valoración del riesgo de nuevas agresiones por medio de factores individualizados en los que se desconoce el peso de cada uno (al margen de la dificultad o legalidad de establecer una peligrosidad predelictual del imputado, que no penado. Manuel J. Checa González, 1999).

A efectos prácticos, se ha de distinguir entre protocolos de actuación y protocolos de valoración. Basándonos sobre todo en las UVIVG, como primeras unidades creadas en desarrollo de la Ley, consideramos útil la siguiente sistemática de actuación:

1. *Protocolo de actuación:* siempre bajo la figura de un/una coordinador/a médico-forense de la Unidad, puede establecerse la siguiente sistemática de trabajo (fig. 26.2):
   a) Médico forense de guardia: debe actuar en primer lugar siempre para asistir a la presunta víctima y emitir al Juzgado de Violencia de Género informe de adelanto de sanidad de las lesiones y que incluya la necesidad o no de remitir a la víctima a la UVIVG (debe contar cuando menos con un mínimo protocolo de entrevista de discriminación).
   b) UVIVG:
      – Valoración médico-forense, para determinar si estamos ante un caso de violencia de género, de relaciones conflictivas o de otro tipo de violencia en la pareja.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

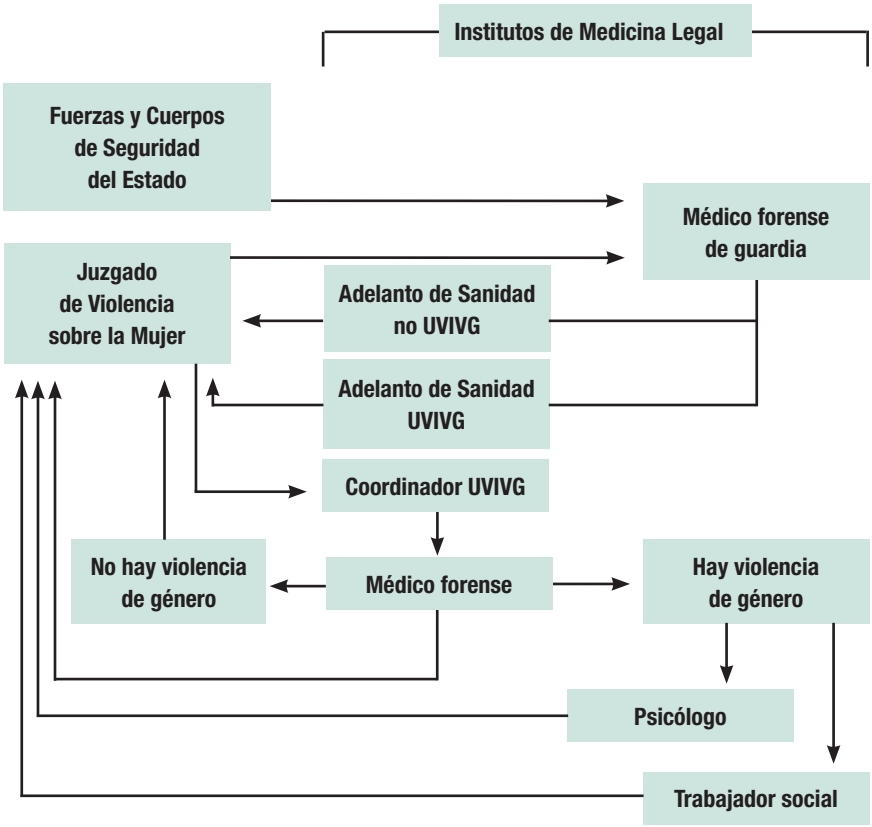


FIGURA 26.2. Esquema de funcionamiento de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG).

- En caso positivo, valoración psicológica y valoración social.
- Emisión independiente de los diferentes dictámenes que forman parte de un mismo caso, lo que no quiere decir que alguno no pueda incluir datos de los demás (como datos complementarios).

2. *Protocolo de valoración en UVIVG:* cada uno de los profesionales (médicos forenses, psicólogos, trabajadores sociales y otros) debe conocer en su campo las herramientas de que dispone para dar respuesta desde la unidad cuando menos a las siguientes cuestiones:
   a) Si la víctima tiene lesiones y si son compatibles con un proceso de violencia de género, o resultado de otros conflictos u otros tipos de violencia (médico forense).
   b) Valoración del riesgo: éste es inherente a todo proceso de violencia de género, si bien puede tratarse de otro tipo de violencia y valorarse el riesgo de nuevas agresiones, incluso puede ser no valorable cuando se trate de relaciones conflictivas con violencia simétrica entre las partes (médico forense, psicólogo, trabajador social).

c) Estado psicológico de la víctima y, en su caso, necesidad y posibilidades de abordaje terapéutico (psicólogo).

d) Valoración de las circunstancias sociales en las que se encuentra la víctima (trabajador social).

3. *Otros:* de igual forma, la UVIVG debe quedar a disposición del/la titular del juzgado cuando así lo requiera de forma expresa para:

a) Valorar los efectos de la violencia en otros miembros de la unidad familiar.

b) Valorar las facultades intelectivas y/o volitivas del imputado.

c) Solicitar informe, de forma individual, a cualquiera de los profesionales cuando se requiera sólo algo exclusivo de su campo.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Valoración médico-forense de la víctima de violencia de género

27

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Justificación 281
Condiciones de estudio 284
Recomendaciones generales de exploración 284
Información a la entrevistada 284
Entrevista 285
Valoración médico-forense de la víctima 286
Circunstancias de hecho/motivo de reconocimiento 286
Anamnesis 289
Datos de filiación 289
Antecedentes 289
Exploración 294
Datos complementarios 296
Diagnóstico 297
Consideraciones médico-forenses 297
Consideraciones sobre violencia de género 297
Consideraciones sobre el caso en cuestión 298
Informe de sanidad de lesiones físicas 300
Conclusiones 300
Perfiles de violencia 300
Guía rápida de valoración 304

JUSTIFICACIÓN

Corresponde al campo de las ciencias forenses la valoración de la violencia de género en todos sus extremos (integral) con el objetivo de asesorar a jueces y tribunales, y dentro de ella es ámbito de la medicina forense la valoración de la víctima, considerándola también integral si se entiende la violencia de género como daño o maltrato sufrido durante su relación de pareja más allá del resultado de agresión/es (lesiones físicas o psíquicas) que puedan ser motivo de denuncia, las que incluso pueden ser consecuencia de otro tipo de violencia existente en la relación de pareja y no de violencia de género (Manuel J. Checa González, 2010).

Para ello ha de contarse con unos medios mínimos que aseguren dicha respuesta desde los Institutos de Medicina Legal. Incluso considerar que, además de la valoración necesaria de la mujer y de las medidas que deben implantarse (Castellano Arroyo, 2004 a; Sáez Rodríguez, 2001; Lorente Acosta et al., 2002),

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

puede hacerse necesaria una valoración que debe incluir a víctima y agresor (Castellano Arroyo, 2004 b).

La antropología, en su ámbito de estudio del comportamiento humano, nos puede explicar la violencia en tanto conducta humana producto de la agresividad y la consciencia, expresada en múltiples formas, evolutiva biológicamente y adaptativa ambientalmente, lo que nos puede permitir la valoración de la víctima de un tipo particular de violencia a través de la valoración del propio proceso de violencia, reflejo de los comportamientos del violento y de la víctima, y sus consecuencias lesivas en ésta.

En esta línea, la violencia de género es la expresión de una violencia de dominio basada en la inferioridad de la mujer frente al hombre, cada vez más estratégica a medida que se igualan social y legalmente los derechos de ambos, y común a otros tipos de violencia de dominio, si bien con unas características específicas, por lo que ha de valorarse de forma individualizada.

Por ello, los protocolos basados en cruces de datos aislados y en los que se considera la violencia, sea cual sea, como un conjunto de agresiones, no son del todo válidos para la valoración de violencia de género. Tienen en cuenta supuestos «perfiles» de maltratador y maltratada y lesiones como resultado de la agresión, y todo ello en el conjunto del ámbito familiar, que no de pareja, pero no tienen en cuenta el proceso de violencia.

Seguramente son válidos para valoración de víctimas de violencia doméstica (niños, ancianos, etc.) en que ésta no se ciñe tanto a un proceso específico de estrategia de dominio, sino a múltiples causas biológicas (personalidad, antecedentes de maltrato, etc., de uno o ambos miembros de la pareja) y ambientales —factores estresantes— (situación económica, drogas, falta de empleo, niños «problema» con enfermedades, etc.). En ellos no se puede estudiar la compatibilidad con un proceso característico de violencia, y hay que recurrir principalmente a datos externos contrastados.

En la valoración de la violencia de género, al igual que debería realizarse en otros tipos de violencia, es totalmente preciso conocer el proceso, la respuesta de la víctima y el posible daño físico y psíquico (psicológico y psiquiátrico), elementos sin los cuales no es posible hablar de clima de violencia y valoración de riesgo de nuevas agresiones, y a través de ellos proceder a su valoración. De forma preliminar ha de tenerse en cuenta que:

1. Es la valoración de violencia en la pareja, más allá de una/s agresión/es que puedan haber sido motivo de denuncia y de las que puedan haberse derivado lesiones. Puede existir agresión y no violencia de género.
2. Si se obtienen datos compatibles con violencia de género, no se puede hablar de alto o bajo riesgo de nuevas agresiones; el riesgo es un hecho. Si conviven será una evidencia que la violencia sobre la mujer continuará, pues ésta no es un conjunto de agresiones, es un proceso de dominio. En caso de estar separados, el riesgo será muy elevado, dependiendo de la fase del proceso de violencia en que se hallen.
3. La valoración se realiza siempre mediante la obtención de datos y su tratamiento global, nunca por separado. Es un todo que no puede desmembrarse. De nada vale obtener una sintomatología compatible si no se obtienen datos compatibles con proceso de violencia, de descripción de maniobras violentas o de respuesta de la víctima.

La valoración de la víctima de violencia de género es, pues, la valoración de un proceso específico, en el que hay comportamientos del agresor y de la víctima, con un origen, un desarrollo en fases, dinámico (en cuanto a intensidad y frecuencia) y con consecuencias objetivables compatibles con aquél, puesto que no existen lesiones específicas (aunque sí características).

Fuera de esta concepción global (proceso de violencia y consecuencias), si la valoración se basa en objetivación individualizada de agresiones y testimonio, se convierte en un rompecabezas, en un conjunto de elementos valorados de forma aislada, con mayor o menor conexión y grado de veracidad, pero sin idea global, y desconociendo el valor específico que se asigna a cada uno.

Se considera, además, que la información esencial ha de venir del reconocimiento de la víctima, según un protocolo específico de valoración. Lo demás deben ser informaciones complementarias, que pueden obtenerse de múltiples fuentes (agresor, familiares, amigas/os íntimos, hermanos, etc.) y ha de concedérsele ese valor: complementario. Por la experiencia acumulada, salvo en caso de trastorno mental del agresor, durante la fase de valoración éste jamás reconocerá los hechos imputados ni cualquier actitud o comportamiento que pueda insinuar, no ya agresión o violencia, sino incluso desigualdad entre sexos.

Se parte pues del concepto de violencia de género como violencia de dominio (a diferencia de la violencia patológica, psicopática, material o destructiva), más o menos estratégica (o directa, mediante la agresión física como herramienta principal, dependiendo de la evolución cultural, social y legal) y estructural, de superior a inferior (a diferencia de la simétrica ejercida en el mismo plano de igualdad). Y como anteriormente dijimos al hablar del concepto de violencia de género, esta estrategia de dominio, al igual que otras violencias de dominio (*bullying*, sectas destructivas, etc.), se desarrolla en 5 fases (proceso de las «5A»): atracción, aislamiento, autoridad, anulación y agresión (Manuel J. Checa González, 2007).

Así, el estudio de la víctima se basa en una obtención de datos para su análisis posterior (en bloques) y, mediante el método analógico, determinar si es compatible con un proceso de violencia de género entendida como un proceso de dominio del hombre sobre su cónyuge o pareja femenina. Dicha valoración de la víctima ha de permitir establecer cuando menos las siguientes conclusiones:

1. Si el resultado de la valoración médico-forense es compatible con víctima de un proceso de violencia de género.
2. Valoración de riesgo.
3. Lesiones físicas y/o psíquicas y sanidad.
4. Necesidad de seguimiento y tratamiento (psiquiátrico o psicológico) de la víctima.

La esencia es la valoración de la violencia de género más allá de la lesión resultante de la agresión y que pueda ser objeto de denuncia, y es precisamente en los artículos 153.1 y 173.2 del Código Penal donde esta valoración halla su base. [Art. 153.1: «El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpeare o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

vulnerable que conviva con el autor, será castigado con…». Art. 173.2: «El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza…».]

CONDICIONES DE ESTUDIO

RECOMENDACIONES GENERALES DE EXPLORACIÓN

1. *Ambiente y situación adecuados:* la víctima ha de ser reconocida sola y a ser posible siempre en la consulta médico-forense. Es necesario un ambiente tranquilo y favorable, de tal manera que pueda obtenerse la tranquilidad y la confianza de la reconocida. Hay que tener en cuenta que se trata de presunta víctima de violencia de género.
2. *Actitud del médico forense:* ha de ser receptiva pero neutra. Se trata de dirigir la entrevista: preguntar y escuchar, a ser posible dar la sensación de un diálogo con la persona, sin tomar parte en lo sucedido, no aprobar ni desaprobar.
3. *Confianza:* a la vez hemos de transmitir a la víctima que conocemos perfectamente el tema, que sabemos de «violencia más allá de la agresión y las lesiones resultantes» (su gran inseguridad es si podrá demostrarlas). Con ello, conseguimos que no intente manipular en caso de simulación, y en caso contrario, lograremos que nos aporte gran número de datos, incluso lo no relatado a nadie.
4. *Observación atenta:* a lo que la paciente dice u omite, así como a la expresión verbal y no verbal, estado de ánimo y psicomotricidad.
5. *Actitud respecto del comportamiento de la reconocida:* evitar que estados de ansiedad, angustia o agresividad del sujeto de exploración entorpezcan la asistencia, lo que requiere una adecuada tolerancia por parte del médico forense.
6. *Formación adecuada en violencia de género:* no es posible la exploración si el/la médico forense no posee mínimos conocimientos y experiencia en este tipo de reconocimientos.
7. *Adaptación a la paciente:* empleo de un lenguaje llano, comprensible, acorde con su nivel intelectual y cultural.

INFORMACIÓN A LA ENTREVISTADA

Se ha de exponer de forma clara y comprensible, antes de la entrevista y la exploración, los siguientes datos a fin de que pueda dar un consentimiento informado:

– Voluntariedad de la exploración.
– Objetivo: estudio de datos objetivos sobre el proceso de violencia de género en la pareja, más allá de agresión/es que puedan ser motivo de denuncia.
– Que no se trata de valorar y contrastar testimonios de él y de ella, sino de valoración de datos extraídos fundamentalmente de su entrevista y

exploración psíquica, que después se puede complementar con exploración psicológica, informe social, entrevista con imputado u otras entrevistas.
- Que conteste a todas las preguntas ajustándose lo máximo posible a lo preguntado, sin intentar valorar el porqué de la pregunta y nunca intentar dar otra imagen.
- Que todos los datos aportados pueden ser utilizados en el informe, a no ser que expresamente quiera que quede en secreto profesional, en cuyo caso podrán no incluirse si su importancia no lo requiere.
- Que se va a «explorar» la relación de pareja y que, aun en el caso de tratarse de relaciones conflictivas, que no violentas, no va a serle fácil, lo que requerirá por su parte gran esfuerzo o sufrimiento emocional y ansiedad, que debe manifestar libremente y no coartar.

ENTREVISTA

1. *Semiabierta/semiestructurada:* ha de ser abierta, si bien debe invitarse suavemente a centrar el tema en caso de que la reconocida derive las respuestas a otros; dirigida por el médico forense, pero nunca de forma rígida. La reconocida nunca debe averiguar o intuir la guía troncal de la entrevista (exploración de maniobras, respuestas y síntomas de dominio).
2. *Preguntas indirectas:* nunca deben realizarse preguntas que puedan dejar entrever el objetivo o la intencionalidad en sentido positivo o negativo; han de ser indirectas. Por ejemplo: no debe preguntarse ¿su pareja le controla el móvil o el teléfono? o ¿la deja salir libremente? Puede obtenerse la misma información de forma progresiva, con varias preguntas: ¿Utiliza móvil? ¿Suelen llamarla al móvil amigos/as, familiares, su pareja, etc.? ¿Cuáles suelen ser sus horarios habituales? ¿Suele salir de compras? ¿Con quién? ¿Suele salir con amigas/os o compañeras/os de trabajo a tomar café o a comidas del trabajo?
3. *Exploraciones complementarias:* cuando menos, en caso de compatibilidad en entrevista y exploración médico-forense, debe solicitarse valoración psicológica y/o social.
4. *Las declaraciones de atestados* deben servir sólo como referencias, nunca con valor probatorio. Una declaración de un imputado o de la víctima puede cambiarse en cualquier momento y sólo obtiene verdadero valor la realizada en el juicio.
5. *Entrevista con imputado:* opcional y nunca debe ser para contrastar o comparar testimonios, si bien es interesante para estudiar la dinámica de pareja y posibles mecanismos de defensa utilizados para argumentar los hechos (negación, minimización, racionalización, proyección, desviación y amnesia).
6. *Las entrevistas con familiares o amigos:* debe intentarse que sean con personas lo más cercanas posible, y no han de valorarse como testimonios, sino para obtener datos sobre control de la víctima, sentimientos de culpabilidad, autoridad del supuesto agresor, estado de ánimo o cambio de carácter de la víctima, etc.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE DE LA VÍCTIMA

Para proceder al estudio y valoración de la víctima de violencia de género, vamos a seguir los diferentes apartados que constituyen el contenido o cuerpo del informe psiquiátrico forense que, de forma genérica, son:

1. Antecedentes del hecho.
2. Anamnesis.
3. Exploración psicofísica.
4. Datos complementarios.
5. Diagnóstico.
6. Consideraciones médico-forenses o médico-legales.
7. Conclusiones.

Según todo lo expuesto anteriormente sobre violencia y violencia de género desde el punto de vista antropológico, y en el marco de esta sistemática general de informe psiquiátrico forense, exponemos como protocolo de evaluación el que denominamos «Protocolo de evaluación forense antropológica multifactorial de víctima de violencia de género» —Protocolo EFAMWG— (Manuel J. Checa González, 2007 y 2010).

Se basa en la recogida de múltiples datos (factores) y su análisis posterior en cuatro bloques de factores (compatibilidad de episodios de violencia relatados, proceso de dominio, respuesta de la víctima y lesiones psíquicas) de la forma siguiente.

CIRCUNSTANCIAS DE HECHO/MOTIVO DE RECONOCIMIENTO

Interesan cuatro tipos de datos:

1. *Declaraciones:* tanto de ella como de él en la Policía Nacional o la Guardia Civil y en el Juzgado de Violencia sobre la Mujer. Interesan más que las declaraciones los detalles de éstas, sobre todo de ella, en relación con el tipo de agresión que se denuncia, desencadenante, forma de producirse y, sobre todo, antecedentes. Da sólo una presumible idea de si se trata de agresión aislada, conflictos de pareja, violencia por adicción o enfermedades o si las agresiones forman parte de un proceso de cierto tiempo de duración.
2. *Relato de los hechos y antecedentes por parte de la víctima en consulta:*
   a) *Sobre los hechos motivo de denuncia:* que describa brevemente los hechos producidos y denunciados, que han de concordar en líneas generales con las declaraciones prestadas. Por lo general, se obtienen más detalles que en las declaraciones, o puede aclarar aquellos en que tengamos ciertas dudas.
   b) *Sobre antecedentes:* más que realizar relatos sobre actos o sucesos violentos sufridos (lo que puede conllevar mucho tiempo en relaciones largas, se confunde en los informes con análisis de testimonio de ella y puede ser muy confuso el análisis de datos), precisamos de forma genérica que conteste a:

– *Violencia verbal:* repetimos lo que dijimos en capítulo anterior al hablar del concepto de violencia de género, respecto del insulto como instrumento de desvalorización y anulación personal, por lo que es muy importante matizar su utilización.
En cualquier conflicto, dos personas pueden utilizar el insulto, dependiendo de su capacidad de resolverlo, relacionado a su vez con educación, ambiente donde se vive, nivel de instrucción, etc. En este caso, el insulto se emplea como forma de agresión verbal, para ataque o defensa de similar agresión, o incluso como forma de descarga emocional de quien lo emplea. El insulto así empleado es resultado de agresividad u hostilidad.
Pero debemos distinguir entre este tipo de insulto y el insulto de desvalorización o anulación personal, en el que no se emplea de forma genérica y como resultado de nuestra agresividad, sino que se dirige de forma especial contra la persona con el propósito de desvalorizar, anular, humillar («hacer daño donde más duele»); en ocasiones, no hace falta ni el insulto como tal, el descalificativo, para conseguir el propósito. Este insulto es resultado de violencia.
«Tonto/a, imbécil, hijo de puta, mierda, cabrón, puta, inútil», pueden ser sólo insultos sin más, como forma de agresividad, lucha-defensa, u hostilidad, descarga emocional o bien insultos desvalorizantes, dependiendo de la forma de utilización, intención, circunstancias, a quién va dirigido o quién lo dirige, etc. No tiene el mismo significado «inútil» sin más que cuando se afirma «inútil, tienes un trabajo de mierda» a una persona sin instrucción con un trabajo no cualificado, o cuando el jefe que ha encargado un informe, una vez presentados los resultados, le dice al empleado/a, más si es en público: «imbécil, vaya trabajo de mierda».
En la violencia de género se emplea de forma permanente el insulto desvalorizante hacia la persona, en su condición de mujer, considerándola inferior a él como hombre y siempre con la intención de desvalorizar, humillar o anular: «tonta, sólo sirves para fregar suelos», «puta, sólo te gusta acostarte con otros», «sólo sirves para la cama, y ni siquiera eso lo haces bien», «vas pintada como una furcia», «te gusta vestirte así, como las putas, para provocar», «no sabes ni ocuparte de tus hijos», etc. Con frecuencia, además, para infravalorar recurren al plano físico («gorda de mierda», «foca grasienta...» «tabla, que ni siquiera tienes pecho») o a comparar con otras mujeres («otras muchas lo hacen mejor» –referido al plano sexual–, «tienes menos pecho que ella», «ella es más lista que tú», «siempre vas hecha una guarra, no como ella»...)
– *Violencia física:* si bien cabe cualquier tipo de lesión, en ocasiones figuradas (señales de cinturón) o características (fractura de tabique nasal), la violencia se adapta a lo prohibido legalmente o lo visible socialmente, de tal forma que frecuentemente forman parte del maltrato estratégico bofetadas, tirones de pelos, golpes en la espalda, empujones, etc., con el objetivo de mantener la demostración de fuerza sin que la víctima pueda demostrarlo. Es característico agarrar a la víctima del cuello para encararla, lo que

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

denota un maniobra de poder e intimidación. Lamentablemente, además de ello tienen cabida todo tipo de lesiones en la violencia muy directa (fracturas, caídas, heridas por arma blanca) y menos estratégica. Es importante hacer constar antecedentes de lesiones si aporta partes médicos.

– *Violencia ambiental:* de igual forma es posible cualquier tipo de violencia como destrucción de mobiliario u objetos de la casa, si bien ésta es más característica de la violencia psicopática (trastornos de personalidad) o patológica (alcohol, drogas); la violencia ambiental típica de la violencia de género es la dirigida contra ella generalmente a través de «sus cosas o pertenencias»: romper objetos de valor sentimental para ella, su ropa, maquillajes, contra los hijos, tortura de animales, etc.
– *Otras conductas violentas*: castigos, humillaciones, como poner de rodillas, desnudar, echar a la calle con lo puesto o sin ropa, gritar e insultar en público o para que lo oigan los vecinos, encierro en la vivienda, seguirla él o por encargo de él y que ella sea consciente (demuestra dominio), escupir, despreciar la comida expresamente preparada para él, incluso tirarla a la basura o tirar el plato, etc.
– *Desencadenantes:* es uno de los puntos fundamentales. La víctima suele referir la mayoría de las veces falta real de motivos, que «no lo comprende», e inconscientemente intenta justificarlo: que está de mal humor porque le ha ido mal el día, que bebe, que le pueden los celos, etc. No existe motivación, cualquier excusa será valida para maniobras violentas de dominio (es lo que más desconcierta a la víctima y lo que hace que las maniobras de evitación no den resultado). Por el contrario, descripción de «disputas» por motivos concretos (económicos, hijos, familia, vivienda, etc.) nos hacen pensar en conflictividad de pareja.
– *Respuesta de la víctima a las agresiones:* no suele haber respuesta a las agresiones, ésta es muy tenue o ha ido decreciendo (a medida que aumenta la violencia). Esto nos da pistas sobre si la violencia es estructural (de superior a inferior) o simétrica. Es falso que una víctima no pueda defenderse ante situaciones que considere de grave riesgo, si bien el miedo, el control, la anulación personal, etc., hacen que esta respuesta se vaya atenuando o no exista. Lo que sí es verdad es que la respuesta no es nunca al mismo nivel. Respuestas de igual nivel hacen pensar en conflictividad de pareja, violencia simétrica, no estructural.

3. *Denuncias previas:* debe analizarse este punto y, en caso de existir, si se mantuvieron o se retiraron. Es habitual que la víctima de violencia de género retire las denuncias.
4. *Antecedentes de la relación y estado actual de ésta:* si hay amenazas desde la denuncia, si han tenido contacto, etc. Interesa conocer si en el transcurso de la relación se han planteado crisis de posible separación, por parte de quién de los dos, si se habían iniciado trámites de separación y, en este caso, en qué punto se hallaban. Es muy difícil que un dominador ofrezca oportunidad de separación, ni siquiera la insinuación por parte de ella, aunque ella esté ya en la fase consciente; si es el caso, pensar entonces en

conflictos en la pareja (económicos, mala relación), problemas de alcohol o adicción a drogas, etc.

ANAMNESIS

Aparte de los datos de filiación, interesan sobre todo los antecedentes familiares, personales (psicobiografía) y de enfermedad.

Datos de filiación

En el informe se deberá incluir nombre, DNI, fecha de nacimiento (años), lugar de nacimiento, actividad laboral (descripción, cuenta propia o ajena, si está en activo), pero nunca datos de localización y contacto. Éstos sólo deben constar y quedar en el historial médico-forense: localidad donde reside, domicilio (si es centro de acogida, sólo referencia, no su localización ni provincia) y teléfono de contacto.

Antecedentes

1. *Familiares:* padres, hermanos, relaciones anteriores, hijos (en común y de relaciones anteriores).
2. *Psicobiografía:*
   a) *Estudios:* nivel de estudios, nivel cultural, forma de expresión, etc.
   b) *Trabajo:* trabajos desarrollados antes y después de la relación. En la violencia estratégica de dominio es habitual que antes de la relación ella trabajara o estudiara y tras iniciarla deje de hacerlo o lo lleva a cabo (por necesidad económica) pero de forma muy controlada, como después veremos.
   c) *Relaciones sociales (actual):* interesa el estado actual de las relaciones sociales, incluidas las laborales. La víctima recupera poco a poco contactos anteriores, pero lo habitual, por las lesiones psíquicas que sufre, es que no quiera, no le apetezca, el contacto con la gente, aunque lo simule. Es una de las cuestiones que más le preocupa: si la vida con él era imposible, pues controlaba todas sus relaciones hasta el punto de ser imposibles (amigos, vecinos, conocidos, trabajo), cómo que ahora que él no está (para ejercer el control) a ella no le apetece salir o estar con la gente. Suele ser signo de trastorno de adaptación, de anulación personal (capacidad de desenvolverse, toma de decisiones) y de dependencia emocional. No suele ser nada habitual en la víctima de violencia, a no ser que no haya sufrido lesión alguna (muy difícil) o haya recibido terapia psicológica, que retorne de forma normal a la vida social.
   d) *Relaciones familiares (actual):* por igual motivo, lo habitual es que recupere la relación con sus padres y familia directa, que suele acabar muy deteriorada o inexistente (aislamiento), si bien no desea «compartir» mucho su experiencia o relacionarse, aunque lo aparenta.
   e) *Vida de pareja:*
      – *Inicio de relación-convivencia:* suele relatar un inicio de relación, incluso de la convivencia, bueno, ideal. Él, atento, cariñoso con ella,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

y buena o muy buena relación con familia y amigos, «pero un poco celoso». A medida que avanza la relación se va «volviendo» más raro, no quiere que ella mantenga tanto contacto con la gente, se vuelve más agresivo, celoso, controlador, etc. Este comportamiento es frecuente que se evidencie al consolidarse la relación por el matrimonio, el embarazo o el parto del primer hijo.

– *Violencia:*
  - *Tipo de violencia:* lo habitual suele ser que se inicie por violencia psíquica con maniobras de aislamiento, control, desvalorización, a la que se suele unir la agresión verbal (insulto desvalorizante) y física.
  - *Ciclo de violencia:* el típico ciclo de violencia descrito por Leonor Walker (1979) de tensión, explosión y luna de miel, con arrepentimiento, y vuelve a comenzar la carga de tensión, no es lo habitual en violencia estratégica de dominio en mujeres jóvenes; sí más típico de una violencia de género más directa que estratégica (en nuestro país, hace años). Al margen de su existencia o inexistencia (por ejemplo, en las culturas marroquíes y en las del Este de Europa no suele darse), lo llamativo es que él puede mostrar signos de arrepentimiento, pero siempre hace ver que la «culpable» es ella, que es la que lo provoca; lo habitual es que al final ella pida perdón, y él le hace creer que todo lo hace (el trato que le da) por su bien. Es lo que suele crear en la víctima autoculpa y desvalorización.
  - *Escalada de violencia:* investigar si ha ido aumentando en frecuencia, intensidad y paso del ámbito privado al público. Es habitual que el sujeto que controla acabe creyéndose que «está por encima de todo» y pase al maltrato en público o no importándole mucho el lugar ni las circunstancias. No obstante, depende de la «capacidad de control» y de estrategia del maltratador, cultura, formación, etc.

– *Respuesta de la víctima:*
  - *Maniobras de evitación:* no es válida como maniobra de evitación «evitar discutir», evitar entrar en la «bronca», «no contestar», «me callo»; se da por hecho que una víctima de violencia de género hace esto. La maniobra de evitación es precisamente evitar que se pueda producir el «ataque» o la «agresión» por parte de él, disminuir el riesgo, la posibilidad de la agresión o acceso de violencia. Como ésta puede ser por cualquier motivo, por pequeño que parezca, o sin motivo, se adelantan para intentar evitarlo, adaptando su vida a «siempre evitar y ceder»: ropa y casa perfectamente preparada y limpia (incluso el maltratador puede repasar los muebles con el dedo), comida que le gusta (incluso llamándolo al trabajo para ver qué quiere comer), ningún ruido en la casa, evitar que entre gente en la casa (ni siquiera familiares), evitar que la llamen por teléfono (acaba por no dar su número o decir que no la llamen), evitar relación con amigos, gente del trabajo o vecinos, evitar que la gente la mire (incluso evitar mirar, llegando a caminar con la cara hacia abajo —«si

miras a alguien te parto la cara»—); ocultar cosas, lo que le crea culpabilidad (tomar un café con una amiga o con un familiar o alguien del trabajo, haberse comprado algo de ropa y no enseñar el *ticket*, ocultar llamadas, si habla con alguien); salir vestida sólo como a él le gusta, no usar ropas ajustadas, escotes, maquillajes, no realizar «gastos innecesarios».

- *Comportamientos como respuesta a la violencia (normalización, justificación, evitación):* la víctima acaba adaptando lentamente su vida a la vida de él, al control de él, normaliza situaciones o maniobras de dominio, justifica, niega y evita. Le suelen decir que «ha cambiado el carácter, que ha cambiado sus costumbres, que está triste, que ya no ríe ni se relaciona como antes, que nunca se queda a tomar nada, que siempre tiene prisa, etc.».
- *Expectativas de cambio:* siempre existen expectativas de cambio, incluso tras la separación pueden llegar a creer que él puede cambiar, sobre todo si está con otra mujer pueden albergar expectativas de cambio con la «otra» (suele ser reflejo de autoculpa del trato que ella le ha dado a él, o pensar que tiene un trastorno para justificar inconscientemente su comportamiento). Y es característico como estrategia (no siempre) que él refuerce esas expectativas de cambio haciéndole creer que afectivamente va a cambiar, si bien poco a poco lo que va exigiendo es el cambio de ella. Nuevamente se crea desconcierto de la víctima y, a su vez, dependencia.
- *Normalización de conductas*: siempre, hasta bien avanzada la relación, suele haber o persistir muchas conductas normalizadas. Incluso tras la separación, pues las han convertido tan en rutina que no son capaces de ver su «anormalidad». Sólo comienza a «desnormalizarlas» retomando el contacto con familia y amigos (suele ser habitual que durante el transcurso de la entrevista comience a ser consciente de que muchas de las conductas, por ejemplo registrar SMS o llamadas en el móvil, no son normales, aunque sí lo eran para ella durante su relación).
- *Motivos para continuar:* inicialmente el motivo para continuar es siempre que lo quiere (dependencia sentimental). Suele ir transformándose, a medida que se emplea la agresión, en miedo, vergüenza, no poder demostrar nada, culpabilidad, miedo por sus hijos, expectativas de cambio, dependencia emocional, inseguridad, etc. De otros motivos para continuar, sospechar como no demostrativos de Violencia de Género (necesidad de estatus, dinero, propiedades, intereses creados).

– *Independencia (control):* se pueden obtener datos de los siguientes aspectos de mayor interés o habitualidad donde se establece control. En todos y cada uno de ellos debe investigarse también la conducta de ella, pues puede tratarse de una pareja controladora bilateralmente (conflicto de pareja, violencia simétrica), cuando lo que se persigue es averiguar si existe o no un patrón de control de tipo estructural de él hacia ella.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- *Horarios:* suele tener control de horarios, salidas, horas de llegada a la casa, siempre tiene que estar cuando él llega y en su ausencia (puede controlar llamando al fijo o incluso al móvil y que ella le ponga la televisión o a los hijos para confirmar que está en casa, visitas sorpresa al domicilio o preguntas a vecinos), control de salidas y entradas al trabajo, etc. (en la violencia patológica por alcoholismo, por ejemplo, no suele haber control, al revés, ella manifiesta que «él pasa de todo»).
- *Económica:* siempre suele haber control económico. No confundir con quién lleva las cuentas (la economía de la casa), pues en casos de cierta incultura por parte de él suele llevarlas ella. Se refiere a la capacidad de toma de decisiones de poder gastar dinero, adquirir propiedades u objetos, las prohibiciones a ella en este sentido y rendir cuentas hasta de lo más mínimo, reglas impuestas que cuando se infringen conllevan «castigo» (agresión, insultos, humillación) para que no vuelva a repetirse.
- *Laboral:* si ella trabaja, este trabajo suele estar controlado en entradas y salidas, ambiente de trabajo (sobre todo ante la posibilidad de que haya compañeros), control de lo que gana (ella no suele disponer de dinero aunque trabaje), etc.
- *Comunicaciones:* suele existir siempre un control en las comunicaciones por diferentes medios (telefónico, relaciones con los demás, zona de residencia, carné de conducir o, si lo tiene, disponibilidad de vehículo). En la actualidad es característico el control de las comunicaciones telefónicas mediante móvil: control de llamadas realizadas, recibidas, SMS, rellamadas a números que él no conoce; es habitual que cambie varias veces de número de teléfono, voluntariamente incluso («se los regala» él y ella incluso no es consciente) y que reduzca los números de contactos en la agenda telefónica hasta quedar sólo la familia, alguna amiga y el trabajo. Suele ser, además, un medio fundamental para tenerla controlada físicamente en todo momento.
- *Relaciones (familiares, sociales y laborales):* lo habitual es que él consiga romper, o cuando menos controlar, totalmente las relaciones familiares, sociales (de amigos y amigas) y laborales (con compañeros/as de trabajo).

– *Celos:* como ya dijimos anteriormente al hablar del concepto de violencia de género, son un medio extraordinario de aislamiento, si bien repetimos que, en contra de la creencia popular que no científica, no se trata de celos patológicos, sino de ideas sobrevaloradas de posesión. La palabra celos (del lat. *zēlus,* ardor) tiene varias acepciones relacionadas con el mundo de los sentimientos (al margen pues de «En los irracionales, apetito de la generación», «Época en que los animales sienten este apetito» o «Período del ciclo menstrual de la mujer en que se produce la ovulación)», entre ellas: «Cuidado, diligencia, esmero que alguien pone al hacer algo» o «Interés extremado y activo que alguien siente por una causa o por una persona». De esta última, se derivan otras dos acepciones: «Recelo que alguien siente de que cualquier afecto o

bien que disfrute o pretenda llegue a ser alcanzado por otro» o «Sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra» (Real Academia Española, 2001).

Según su definición podríamos considerar tres tipos de celos:

- *Celos sentimentales:* dos o más personas con sentimientos de cariño, amor, amistad, es normal que desarrollen celos en alguna ocasión, entendidos éstos como sentimiento de «inquietud (recelo o sospecha) de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra».
- *Celos posesivos:* sin ser patológicos, a lo más puede que ideas sobrevaloradas, no se basan en sentimientos de amor o pasión, sino de posesión. Han de entenderse como «Recelo que alguien siente de que cualquier afecto o bien que disfrute o pretenda llegue a ser alcanzado por otro». En este sentido, se puede ser celoso de un coche, una casa, un barco, cualquier propiedad, pero no de una persona. En la violencia de género el hombre considera a la mujer como una propiedad, como algo, no como alguien.
- *Celos patológicos:* sólo existentes en trastorno mental con ideas patológicas de tipo delirante (trastorno del pensamiento) de que la persona amada los engaña; se da, por ejemplo, en los trastornos de ideas delirantes o en la celotipia alcohólica.

– *Alimentación:* suele ser habitual la pérdida de peso, por estados de ansiedad y depresión, aunque en ocasiones hay ganancia de peso. Éste suele ser igualmente un punto básico para emplear la desvalorización con ella, a través del peso. Si pierde mucho, «que está estropeada, que sus pechos se han caído, que no sirve ni para estar bien, que no es atractiva para ningún hombre, que debe dar gracias por estar con él». Si gana peso, puede ser «una vaca, que está demasiado gorda, que así no la va a querer nadie, nada más que él, por eso está con ella».

– *Estado anímico:* investigar estado anímico durante la relación, principalmente, ideas «reales» de suicidio. En este punto de la entrevista, y si hemos conseguido ganarnos la confianza de la entrevistada, es muy probable que nos «confiese lo no contado a nadie».

– *Relaciones sexuales:* es importante aquí no confundir la «frustración», incluso algún reproche, por parte de uno de los miembros de la pareja (el hombre en el caso que nos ocupa), ante la negativa por parte del otro (la mujer en este caso) a mantener relaciones en un momento dado (lo que puede entrar en el concepto de normal), con los insultos, desvalorización («no sirves ni para follar, me tendré que buscar otras, seguro que no quieres porque ya estás satisfecha con otros») o incluso agresión física, maniobras típicas del maltratador ante esa negativa de la mujer. Son muy frecuentes las relaciones sexuales sin contrapartida afectiva como mecanismo de defensa de la mujer («me dejo y espero que acabe rápido»). Y son de especial importancia las agresiones sexuales, mecanismo extremo de humillación de la mujer y, a su vez, de demostración de poder del

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

dominador («eres mi mujer y tienes que acostarte conmigo»).
   – *Conciencia de la situación:* inicialmente y hasta fases avanzadas, máxime si no se ha empleado con gran frecuencia o intensidad la violencia física, la víctima no es consciente del proceso, por varios motivos: se une por amor, lo quiere («la pasión nubla la razón»), normaliza poco a poco gran cantidad de comportamientos, negación y el propio concepto de maltrato que tienen las víctimas, que por lo general lo asocian a agresión física. Poco a poco puede ir siendo consciente, pero mantiene la relación por otros motivos, como ya hemos indicado. Suele ser habitual que, mientras no se rompa la relación, sólo sea consciente de las agresiones, que identifica con maltrato.
3. *De enfermedad:* investigar sobre posibles depresiones, a veces tratadas como estados de cansancio, anemias o estrés (problemas económicos, problemas o sobrecarga con los hijos), posibles intentos de suicidio, lesiones ocultadas con otros motivos (caídas en el trabajo, en la casa, etc.), bajas laborales, etc.

EXPLORACIÓN

1. *Actitud general:* interesa la impresión general (biotipo, estado de nutrición, cuidado personal, sintonía y colaboración durante la entrevista, si se observan signos de rechazo, reticencia o negativismo), la actitud (cohibida, entrecortada, nerviosa, intenta continuamente sobreponerse, llanto fácil durante todas las entrevistas) y la presencia/aspecto (arreglada/no arreglada, maquillada/no maquillada).
2. *Estado físico:* debemos tener en cuenta los partes de urgencias/lesiones, informes/consultas médico-forenses previos, evolución de las lesiones en las diferentes entrevistas.
3. *Exploración de las funciones psíquicas (indicar fechas):*
   a) *Sentimientos/emociones:* la tríada autoculpa, desvaloración-pérdida de autoestima y dependencia, si bien no patognomónica, suele ser muy característica, si bien con las siguientes puntualizaciones:
      – *Autoculpa:* se ha de especificar qué tipo de autoculpa, pues no es específica, ya que es frecuente también la autoculpa en cualquier proceso depresivo. Inicialmente, la víctima de violencia se siente culpable, va adquiriendo culpa durante la relación, de no haberlo tratado a él adecuadamente, de no haberlo hecho bien del todo, mensaje que, al fin y al cabo, el maltratador ha ido enviando; este sentimiento de culpa puede durar hasta más allá de la separación. De ahí la expectativa de cambio que puede albergar si él está con otra mujer, pues «puede que ella no lo haya hecho bien y la otra sí lo sepa llevar». Con posterioridad se une un sentimiento de culpabilidad de no haberse dado cuenta antes, por lo cual es diferente a otras mujeres, no le debería haber pasado y si le ha pasado es que es «tonta, a otras no les pasa», lo que a su vez refuerza el concepto de «tonta, torpe e inútil» que generalmente va enviándole el maltratador. Otros tipos de culpa (que no autoculpa real) del tipo «no lo tenía que haber consentido, debía haberlo

cortado antes, me siento culpable de haber perdido el tiempo en esta relación», no suelen ser compatibles con violencia de género.

– *Desvalorización y escasa autoestima:* tampoco específicas, pero sí muy características de la violencia de género, fruto de la anulación personal y el establecimiento de una dependencia. Si se anula a una persona, ésta dejará de tomar decisiones, de enfrentarse a la vida, dependerá de otra, lo que conlleva perder la estima y los valores; éstos son precisamente los que nos caracterizan como persona. Los síntomas principales son «sentirse mal como persona» (literalmente, pueden considerarse «una mierda»), «fea», «que no vale nada ni para nada», «diferente e inferior a los demás, sensación de que los demás saben lo que le pasa», «se siente más pequeña, sobre todo respecto de él» (la figura de él, como persona, le impone). Podemos utilizar un sencillo text que denominamos «Test de la escalera» positivo: le pedimos a la paciente que se imagine una escalera y se sitúe ella según lo que siente que vale como persona (no lo que le gustaría sentir) respecto de él, a quien de igual forma ha de situar; la pérdida de valores y de autoestima hace que ella siempre se sitúe abajo, en lo más bajo, incluso a ras del suelo, y él siempre arriba (es el más fuerte, el que vale). Cuando el test de la escalera es negativo (ella arriba y él abajo, o al mismo nivel ambos), hay que pensar en otro tipo de conflicto, pues indica que no hay desvalorización. De igual forma, hay incapacidad de enfrentarse a la vida diaria y pérdida de expectativas de futuro. Diferenciar también de las relaciones conflictivas, sobre todo cuando se abandona a una mujer por otra, pues puede haber un sentimiento de desvalorización o pérdida de autoestima como mujer, que no vale lo suficiente como mujer y por eso él «se ha ido con otra».

– *Dependencia:* es muy característico que la inicial «dependencia sentimental» normal, quererse, vaya convirtiéndose lentamente en dependencia emocional, más intensa cuanto más estratégica es la violencia. Ésta es consecuencia de la anulación de la persona e incluye no poder evitar pensar en él, ansiedad tras la separación, inseguridad, pérdida de confianza, miedo, etc. No tiene nada que ver con la «dependencia sentimental», si bien la víctima lo confunde y cree que es amor, lo que le angustia más porque no entiende cómo puede querer a alguien que la trata o la ha tratado así. Puede suponer grave conflicto y traducirse en ánimo depresivo, incluso con ideas suicidas, pues en la víctima se crea la dualidad: «no es posible vivir con él, pero tampoco sin él», a la que se unen desvalorización, autoculpa, alteración de las emociones, creencia de que es posible que ella sea la que sufra un trastorno (lo que frecuentemente él le hace creer), que nadie la va a entender, que la tacharán de «masoquista», por lo que no merece la pena vivir.

b) *Funciones psíquicas:* explorar conciencia (grado y orientación), atención, psicomotricidad, sensopercepción, memoria, pensamiento, lenguaje, juicio y raciocinio, inteligencia y especial atención a afectividad (estado

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

de ánimo y emociones). Suelen haber síntomas de depresión y ansiedad, cuando no configurados en trastornos de adaptación. Investigar con minuciosidad posibles síntomas de trastorno de estrés postraumático y reacción aguda al estrés.

DATOS COMPLEMENTARIOS

1. *Valoración psicológica.* (Nos remitimos al capítulo 28).
2. *Entrevistas a:* imputado, familiares y amigos, que nos aportarán datos sobre extremos que no tengamos muy claros o que queramos reforzar. Es característico que el imputado maltratador dé una imagen de ser él quien ha sufrido el maltrato, pero si se le pasa el mismo protocolo no dará compatible con víctima de violencia de dominio. Igualmente suele ser habitual que el maltratador huya de cualquier tipo de acción, no ya de maltrato, sino de tinte machista, dando una imagen «antimachista» por encima de todo, o justifica constantemente las acciones con motivos nimios. Así pues, puede ser de gran utilidad obtener de su entrevista cómo utiliza una serie de mecanismos de defensa para argumentar los hechos por los que se le denuncia: negación, minimización, racionalización, proyección, desviación y amnesia.

   A diferencia, el agresor ocasional o accidental generalmente reconoce la acción y la motiva en cosas concretas: discusión entre la pareja por otras personas, motivos económicos, ataque ocasional de celos, defensa de un ataque de ella, estado emocional que crece durante una riña, motivos familiares, etc.

   La entrevista del imputado debe ser para obtener datos y no debe convertirse en un reconocimiento buscando un «perfil de maltratador»: patrón de personalidad, drogas, alcohol, irritabilidad, «falta de control de impulsos», etc. Deben quedar en desuso los términos «perfil de maltratador» y «perfil de víctima», y utilizar «perfil de violencia» (patológica, de género, psicopática) o «tipo de violencia» *(mobbing, bullying*, etc.*)*, pues los perfiles de maltratador y maltratada parecen buscar en ellos una «excusa» y en ellas una «debilidad» para «explicar», justificar, la violencia de género.

   Trabajamos bajo la premisa de que la violencia (sea del tipo que sea) es un comportamiento humano de base genética y ambiental (a causa, en la violencia de género, de la histórica inferioridad de derechos de la mujer), como cualquier otra conducta y, por lo tanto, no derivado de trastorno, pues en estos casos hablaríamos de otro tipo de violencia, psicopática o patológica. Sólo, pues, debe convertirse en esta búsqueda cuando el reconocimiento de ella nos haya mostrado ese presumible patrón de violencia (no de género), lo que puede servir incluso de base para el estudio de «imputabilidad», lo que debería requerir la autoridad judicial.
3. *Otros informes o documentos:* médicos (antecedentes de trastorno mental de él o de ella, antecedentes de enfermedad, tratamientos, lesiones, adicciones), psicológicos (detección de conflictos previos, psicoterapia), sentencias de divorcio, separaciones, inicio de trámites, etc.

DIAGNÓSTICO

Debemos llegar a establecer si «El reconocimiento de D.ª _____ , así como exploraciones y datos complementarios, arroja datos compatibles (o no) con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre su pareja femenina, más allá de agresión/es objeto de denuncia».

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES

Consideraciones sobre violencia de género

Suele ser conveniente explicar someramente las características de la violencia de género entendida como una violencia de dominio más o menos estratégica, y que por tanto nuestro estudio se va a basar en ese modelo. De forma muy general podemos explicar nuestro objetivo de valorar la violencia de género más allá de la lesión visible, y que tratamos de obtener datos compatibles con esa cara no visible de la violencia, como proceso de dominio, y al revés, que no siempre que haya agresión puede que se trate de violencia de género.

A grandes rasgos podemos considerar que la violencia, en sentido genérico, es producto de la interacción de factores biológicos (desarrollo de violencia por la capacidad consciente del ser humano de desviar la agresividad como sistema de lucha-defensa hacia otros objetivos) y ambientales (culturales, religiosos, sociales, legales), lo que la hace una conducta característica y única de los seres humanos, y en constante evolución (biológica y ambiental), a diferencia de la agresividad que como sistema de lucha-defensa comparten los seres vivos.

La violencia de género no es más que un subtipo de la violencia, en sentido genérico, de la que potencialmente es capaz el ser humano, y es una conducta humana de base genética y ambientalmente adaptativa, resultado de la concepción de inferioridad de la mujer por parte de su pareja y con el objetivo de su dominio.

Es una violencia de dominio (a diferencia de otros tipos de violencia, como la patológica, la psicopática, la material o la destructiva), cada vez menos directa y más estratégica, y estructural, desarrollada de superior a inferior (a diferencia de la simétrica desarrollada de igual a igual) y que, al margen del resultado de lesiones físicas (la agresión es un instrumento, no el objetivo), conlleva la anulación de la persona, por lo que se derivan lesiones psíquicas. Dicha estrategia de dominio (al igual que otras) suele desarrollarse en cinco fases: atracción, aislamiento, autoridad, anulación y agresión.

La violencia de género como sistema estratégico de dominio del hombre sobre la mujer es evolutiva a medida que se igualan social y legalmente los derechos de ambos sexos. De lo prohibido o rechazado socialmente, por ejemplo, agredir físicamente, se es consciente de que no puede realizarse, por lo que el dominio por la agresión directa (violencia directa de dominio) va convirtiéndose en más sutil, más inteligente y estratégico, lo que a su vez la convierte en más invisible e imperceptible para los demás y para la propia víctima.

De acuerdo con esto, determinadas circunstancias colectivas o individuales pueden favorecer la violencia directa de dominio o, mejor dicho, no precisan de una estrategia de dominio. Así, en determinados países, donde continúa existiendo una gran desigualdad de derechos, sociales y/o legales, la violencia con ánimo de dominio se puede seguir llevando a cabo a través de la

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

agresión directamente (violencia directa de dominio), al igual que determinadas circunstancias individuales, como, por ejemplo, retrasos mentales, aislamiento por enfermedad, etc., pueden favorecer la implantación de violencia directa.

Asimismo, es preciso tener en cuenta que la violencia de género, circunscrita en este caso en el ámbito de la pareja, es la ejercida por el hombre sobre la mujer por el hecho de ser mujer; ahí radica su identidad y, tal como hemos descrito, es una violencia de dominio, cada vez más estratégica, y es estructural, pero que al margen de ella, en este ámbito de relación de la pareja, hay otros tipos de violencia (patológica, psicopática, material, destructiva), sobre todo en relaciones de gran conflictividad por diversos motivos (hijos, bienes, separación, terceras personas), violencias que pueden ejercerse simétricamente (por ambos miembros de la pareja), que pueden llegar a ser destructivas e incluso muy directas y poco estratégicas (alto riesgo de agresiones), dependiendo de la capacidad de resolución de conflictos de ambos miembros de la pareja.

Consideraciones sobre el caso en cuestión

Es el punto esencial del estudio, el análisis de todos los datos recogidos, que realizamos en bloques y, tal como hemos indicado inicialmente, este análisis no puede realizarse valorando partes o datos aislados, sino que forman parte de un todo que, de forma general, ha de ser compatible o no con un proceso, que no acto, de violencia. Salvo excepciones, todos los bloques de datos analizados son compatibles o no podemos hablar de violencia de dominio.

La concepción de la violencia de género como proceso de dominio y el estudio de la respuesta de la víctima y de las consecuencias lesivas que sufre son las bases de la valoración médico-forense de la violencia de género, entendida ésta como una valoración más allá de la lesión (concepción física que se tiene de ésta), resultado del hecho o hechos objetos de denuncia.

Se trata de un estudio multifactorial centrado fundamentalmente en cuatro pilares básicos, de los que, analizados según las exploraciones realizadas, podemos considerar:

1. Valoración de los hechos o situaciones de violencia referidos por la víctima durante su relación de pareja: deben ser compatibles con episodios de violencia física y psíquica (verbal, humillaciones, anulación personal, con maniobras de desvalorización de la persona) sin desencadenantes aparentes (no motivados o por motivos nimios) y de nula, baja respuesta o respuesta decreciente por parte de ella. Hay que descartar:
   - Episodios de violencia enmarcados en disputas entre la pareja por diferentes motivos, cargadas de agresividad, que terminan en insultos y/o agresiones, incluso mutuos.
   - Episodios de violencia verbal y/o física desencadenados exclusivamente por consumo de sustancias.
   - Episodios de violencia desencadenados por trastorno mental.
2. Valoración del proceso de violencia de género (escalada de violencia):
   - *Proceso multifásico de dominio:* compatible con fases de atracción, aislamiento, autoridad, anulación personal y agresiones.

- *Ciclo de violencia:* compatible con ciclo de violencia, cuando menos con actos de arrepentimiento pero siempre culpando a la víctima. No siempre se da, es más característica de la violencia directa o en la patológica por el alcohol, si bien en ésta el sujeto asume la culpa.
- *Escalada de violencia:* compatible con aumento de intensidad y frecuencia, y habitualmente pasa del ámbito privado al público.

3. Valoración de la respuesta de la víctima de violencia:
   - Maniobras de evitación: sí, típicas de víctima de violencia de género (se intenta evitar las situaciones actuando tal como se piensa que no pueda provocar a la pareja: evitar llamadas, evitar salidas, asentimiento en la mayoría de las cosas, no responder en discusiones o agresiones, ocultación, etc.).
   - Comportamientos como respuesta a la violencia (normalización, justificación, negación, evitación): interfieren en relaciones sociales, hábitos de conducta, ámbito laboral, etc.
   - Expectativas de cambio: siempre, desde el inicio y casi se siguen manteniendo.
   - Normalización de conductas: sí.
   - Conciencia de la víctima: no desde el inicio.
   - Dependencia: sí suele existir, en ocasiones, extremadamente intensa.
4. Valoración de síntomas psíquicos:
   - Daño psicológico (y su repercusión en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima: sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual): se objetivan sentimientos de culpabilidad, infravaloración-pérdida de autoestima y dependencia compatibles con violencia de género.
   - Trastornos psíquicos directamente relacionados con la violencia sufrida.
     - Trastornos por ansiedad: sí, aislados o como parte del trastorno de adaptación.
     - Trastornos del estado de ánimo: sí, aislados o como parte del trastorno de adaptación.
     - Trastornos de adaptación: pueden no objetivarse tras la separación, pero no ha de descartarse su aparición por la dependencia ya creada.
     - Trastornos por estrés (reacción aguda al estrés/trastorno por estrés postraumático).

Informe de sanidad de lesiones físicas

Realizaremos la valoración de las lesiones físicas o bien nos remitiremos al informe de sanidad o de adelanto de sanidad del médico forense de guardia si ya lo hubiera remitido.

CONCLUSIONES

Como ya dijimos, la valoración médico-forense debe tener como objetivos determinar:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- Si hay lesiones en la víctima.
- Si son compatibles con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre la mujer en una relación de pareja, más allá de las agresiones que han sido motivo de denuncia, o resultado de otros conflictos u otros tipos de violencia.
- Valoración del riesgo de nuevas agresiones.
- Necesidad de seguimiento y tratamiento de la víctima.

Sobre el riesgo hemos de precisar:

- Relaciones conflictivas: basadas en motivos múltiples (engaños, económicos, familiares, separaciones, etc.), puede existir una violencia simétrica (de ambos miembros de la pareja en plano de igualdad), por lo que el riesgo de nuevas agresiones por cualquiera de ellos es difícilmente valorable; depende del grado de violencia desarrollado y la capacidad de resolución de conflictos de la pareja. Al pronunciarnos sobre la inexistencia de violencia de género ya no hemos de pronunciarnos sobre este riesgo.
- Violencia de género: el riesgo es inherente a éste, y por tanto siempre habrá riesgo, de forma permanente.
- Inicio de violencia de género: en procesos iniciados o en evolución y no concluidos (fase de atracción, aislamiento, autoridad, sin anulación y agresiones), los celos posesivos pueden ser de alto riesgo de agresión.
- Otro tipo de violencia: deberá valorarse el riesgo de nuevas agresiones; suele ser leve o moderada en violencia patológica por alcohol, alto en violencia psicopática, muy alto en violencia patológica por trastorno de ideas delirantes con delirio de engaño o celos.

PERFILES DE VIOLENCIA

En el estudio de una tesis doctoral realizado en 2005-2010 (Manuel J. Checa González, 2010), sobre una muestra de 125 mujeres valoradas en UVIVG con este protocolo, mediante puntuaciones individuales en el apartado de análisis multifactorial (tabla 27.1), obtuvimos tres perfiles o patrones de violencia en el ámbito de la pareja, más un cuarto grupo en el que no se objetivaba violencia, representados gráficamente por puntuaciones medias (figs. 27.1-27.4).

Sobre dicha base, podemos afirmar que en el ámbito de la relación de pareja existen diversos perfiles de violencia según la motivación o el objetivo:

1. *Relaciones conflictivas:* se describen maniobras de violencia de tipo insulto (generalmente no desvalorizante) y/o agresiones, en contexto siempre de problemática de pareja y generalmente de respuesta mutua; no son compatibles con proceso de dominio, respuesta de la víctima ni sintomatología (cuando más, ansiedad y sintomatología levemente depresiva por la situación). Es característico que la pareja sea consciente de una problemática desde hace mucho tiempo e incluso hayan iniciado trámites de separación (fig. 27.1). Es compatible con violencia material y/o destructiva, más o menos estratégica.
2. *Violencia de género:* es compatible el análisis de los datos en los cuatro

TABLA 27.1. Análisis multifactorial con puntuaciones para evaluación y representación gráfica de la muestra

1. Valoración de los hechos o situaciones de violencia referidos por la víctima durante su relación de pareja:
   - Compatibles con episodios de violencia física y psíquica (verbal, humillaciones, anulación personal, con maniobras de desvalorización de la persona) sin desencadenantes aparentes: 3
   - Compatibles con episodios de violencia enmarcados en disputas entre la pareja por diferentes motivos, cargadas de agresividad, que terminan en insultos y/o agresiones, incluso mutuos: 2
   - Compatibles con episodios de violencia verbal y/o física desencadenados exclusivamente por consumo de sustancias: 2
   - No compatibles con episodios de violencia: 1

2. Valoración del proceso de violencia de género (escalada de violencia), media:
   - Proceso multifásico de dominio: compatible con fases de atracción, aislamiento, autoridad, anulación personal y agresiones (no compatible: 1; compatible parcial: 2; compatible: 3)
   - Ciclo de violencia (no compatible: 1; compatible dudoso: 2; compatible: 3)
   - Aumento en frecuencia e intensidad (sin aumento: 1; aumento dudoso: 2; aumento bien descrito: 3)

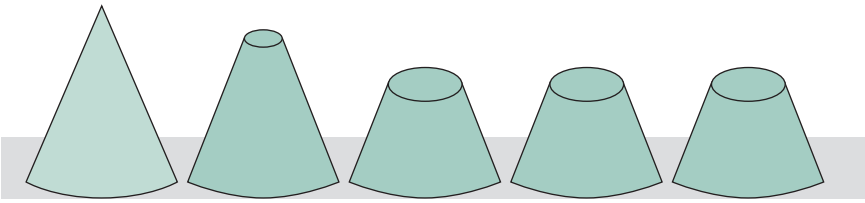
3. Valoración de la respuesta de la víctima de violencia (no: 1; dudoso: 2; compatible: 3), media:
   - Maniobras de evitación
   - Expectativas de cambio
   - Comportamientos como respuesta a la violencia que interfieren en las relaciones sociales, hábitos de conducta, ámbito laboral
   - Normalización de conductas

4. Valoración de síntomas psíquicos (no: 1; dudoso: 2; existe: 3), media:
   a) Daño psicológico:
      - Culpabilidad
      - Autoestima/desvalorización
      - Dependencia
   b) Trastornos psíquicos directamente relacionados con la violencia sufrida:
      - Trastornos por ansiedad
      - Trastornos del estado de ánimo
      - Trastornos de adaptación
      - Trastornos por estrés

bloques descritos: descripción de maniobras de violencia (desvalorizantes y agresivas sin desencadenantes reales o nimios), proceso de dominio, respuesta de la víctima y sintomatología psíquica (cuando menos de anulación-autoculpa, desvalorización-ansiedad y depresión). Remarcamos que siempre hay riesgo (fig. 27.2). Se corresponde con una violencia estratégica de dominio.

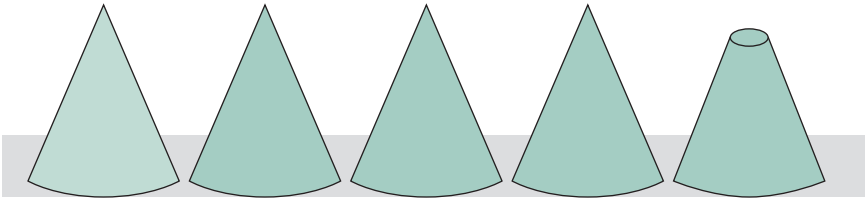
3. *Violencia patológica:*
   a) *Por alcohol:* maniobras de violencia sobre todo por agresión física y verbal (pueden o no ser desvalorizantes) siempre enmarcadas en fases de embriaguez. No es compatible con proceso de dominio ni con respuesta anulada de la víctima y sintomatología (cuando más, sintomatología ansioso-depresiva relacionada con la situación

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito



Referencia	1	2	3	4
3	2,02	1,06	1,04	1,01

FIGURA 27.1. Perfil compatible con violencia por conflicto.



Referencia	1	2	3	4
3	2,96	2,95	2,94	2,53

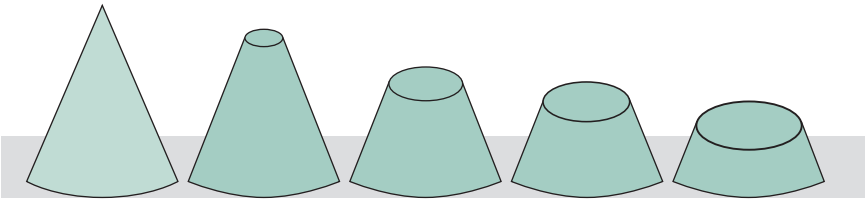
FIGURA 27.2. Perfil compatible con violencia de género.

conflictiva). Es característico que la mujer sea consciente desde hace mucho tiempo de los problemas de su pareja hasta ya no «aguantarlo» más. Cuando haya compatibilidad con dominio, pensar en violencia de género a la que se asocia consumo de alcohol (fig. 27.3).

b) *Por trastorno delirante persistente (OMS, 2007):* grave riesgo. Irrupción repentina en la pareja por el trastorno, a no ser que derive de trastorno paranoide de la personalidad; dominan los síntomas de celos y las maniobras encaminadas a demostrar el engaño de la pareja. No es compatible con proceso de dominio ni con respuesta anulada de la víctima (a no ser que haya pasado inadvertido mucho tiempo o se trate de trastorno paranoide de la personalidad previo) y no suele ser evidente la sintomatología de anulación de la persona.

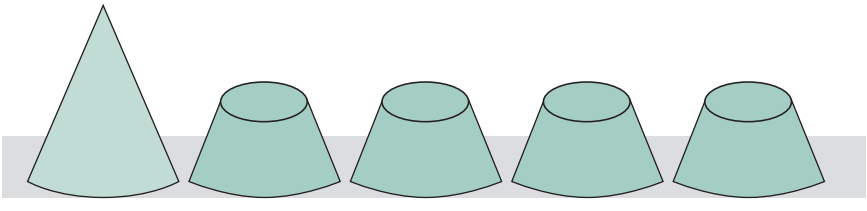
c) *Por otras enfermedades:* puede aparecer descarga de violencia en cualquier momento y lugar, con aumento de frecuencia e intensidad dependiendo de la evolución del trastorno, con expectativas de cambio pero sin dominio y no más sintomatología que la ansioso-depresiva que conlleva la situación para la familia.

4. *Violencia psicopática:* dependen del trastorno de personalidad en concreto. Lo más característico es que su comportamiento suele ser con su pareja, sus hijos y ambiente donde se desenvuelve. Así, en antisociales puede haber violencia de todo tipo, que puede ser compatible con un proceso de



Referencia	1	2	3	4
3	2	1,84	1,45	1

FIGURA 27.3. Perfil compatible con violencia patológica (alcohol etílico).



Referencia	1	2	3	4
3	1	1	1	1

FIGURA 27.4. No compatible con violencia.

dominio, el maltratador es frío, rígido y falto de arrepentimiento; en los paranoides, dominarán los celos y comportamiento parecido a los trastornos delirantes persistentes, pero sin delirio alguno, etc. Puede ser que a la violencia de género a veces se asocie un trastorno de personalidad, al igual que el alcohol, pero no hay que buscar en éstos su causa. Consideramos que es la violencia desarrollada por el placer de la violencia, cuya máxima representación serían los trastornos antisociales, si bien podrían tener también objetivos de dominio, material o destructivo.

GUÍA RÁPIDA DE VALORACIÓN

Es evidente que, en ocasiones, principalmente para los médicos forenses de guardia, se precisa una breve o rápida entrevista que permita discriminar casos para informar a la autoridad judicial de la conveniencia de derivación o no a la UVIVG, además de la valoración del daño físico que realizan en ese momento (informe de sanidad o de adelanto de sanidad de las lesiones).

Es necesario que el personal médico-forense de guardia que atiende a la presunta víctima de violencia de género, aun a pesar del volumen y la rapidez del trabajo en este servicio urgente, no se limite sólo a valorar lesiones físicas. Una breve entrevista puede dar información esencial que puede hacernos presumir si tras esas lesiones, a las que en numerosas ocasiones se les resta

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

importancia por la escasa gravedad, se esconde un proceso de violencia de género. Mirar más allá de la lesión física es la única forma de detectar casos que, de otra manera, pasarían inadvertidos o serían invisibles.

Esta guía de entrevista puede servir de orientación:

- *Lectura de declaraciones:* si relatan sólo agresión puntual, varias agresiones o datos sobre proceso de dominio (control, celos, amenazas, no aceptar la separación).
- *Relato de los hechos en consulta.*
- *Descripción de antecedentes de violencia:* insultos, agresiones, ambiental, otros, desencadenantes y respuesta de la víctima a accesos de violencia.
- *Independencia-control:* horarios, económica, laboral, comunicaciones y relaciones (familiares, sociales y laborales).
- *Sintomatología psíquica:* analizar sobre todo sintomatología de anulación de la persona (sentimiento de autoculpa, desvalorización, pérdida de autoestima, dependencia), trastornos de la afectividad (ansiedad, depresión) y trastornos por estrés.

Valoración psicológica en violencia de género

28

Sonia Gutiérrez Papis
Manuel J. Checa González

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Valoración clínica 307
Pruebas 309
Emisión del informe 310
Juicio oral 313
Victimización secundaria 314

Como anteriormente dijimos, en la Administración de Justicia la Psicología ha de considerarse un servicio de apoyo a aquélla con competencia plena en el ámbito de la valoración de las características del ser humano como persona y su conducta, valoración que debe incluir estado emocional, capacidad cognitiva y «forma de ser»; es la psicología forense. Atienden peticiones a instancias de los jueces, fiscales o médicos forenses (las solicitan como pruebas complementarias de valoraciones médicas en el ámbito de la clínica). Es por ello por lo que, por lo general, suelen estar adscritos a decanatos de los juzgados, fiscalías de menores o institutos de medicina legal, que, no obstante, dependen de la organización de medios personales del Ministerio de Justicia o de cada comunidad autónoma en el ámbito de sus competencias en materia de justicia.

Suelen configurarse en lo que se denominan equipos psicosociales, sobre todo en sus valoraciones en el ámbito civil, de familia, al igual que en los Institutos de Medicina Legal como parte de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG, en los IML de Andalucía). Creadas en julio de 2005, tras la inmediata entrada en vigor de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre), y en respuesta a lo establecido en ella, las UVIVG en los IML de Andalucía integran médicos forenses y equipo psicosocial (psicólogos y trabajadores sociales).

Centrándonos en estos equipos psicosociales integrantes de las UVIVG, a su vez, pretendemos definir las características de los informes y valoraciones a realizar en psicología forense. Esta valoración pretende prestar apoyo al Juzgado de Violencia sobre la Mujer, ya sea mediante la emisión de informes solicitados directamente por la autoridad judicial o por personal médico forense de la unidad. En todo caso, el objetivo es la emisión de informes que analicen la situación psicológica de la víctima y de su entorno familiar.

Dicha actuación forense se puede centrar en tres sujetos de estudio:

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

1. Sobre las mujeres víctimas de la violencia:
   a) Compatibilidad de diagnóstico, tanto agudo como crónico, de la situación de violencia de género por las alteraciones psicológicas.
   b) Valoración del estado psicológico actual, perspectivas de evolución y necesidad de apoyo psicoterapéutico.
2. Sobre los niños y niñas que convivan en el mismo ambiente de violencia:
   a) Efectos psicológicos de la exposición al clima de violencia.
   b) Consecuencias de las agresiones directas que se puedan producir.
   c) Necesidad o no de intervención y seguimiento psicoterápico.
3. Agresor:
   a) Valoración psicológica de aspectos varios (personalidad, psicométricos, etc.) en estudios de «imputabilidad» y «peligrosidad criminal».
   b) Valoración psicológica de aspectos varios del imputado (personalidad, psicométricos, mecanismos de defensa) de interés en la valoración de la víctima de violencia de género.

No cabe duda de que la mujer es el sujeto de estudio por excelencia, habida cuenta de que:

– En caso de ser víctima, lo es en primera persona, de forma directa, en ocasiones, de forma grave, muy grave o incluso mortal y con riesgo.
– Sin ella no existe valoración de víctima de violencia.
– Mientras en los niños o el imputado el objetivo es simple (lesiones derivadas de clima de violencia o valoración psicológica del sujeto), en la mujer es complejo:
  - No sólo es una valoración efectista por posibles lesiones psicológicas derivadas, sino que éstas han de relacionarse con violencia de género como proceso de dominio. No hay lesiones patognomónicas, es decir, sí características pero no únicas, por lo que han de relacionarse con la posible causa (relación causa-efecto).
  - Y más allá del daño psicológico resultante (anulación de la persona y sus consecuencias psicológicas y conductuales), se valora la respuesta de la víctima (normalización, justificación, negación, evitación) que, al igual que aquél, puede interferir en determinados ámbitos de la vida: relaciones sociales, hábitos de conducta, ámbito laboral, etc.

Es por ello por lo que vamos a centrar nuestro estudio en la mujer como supuesta víctima de violencia de género, pues el estudio de niños e imputados no varía mucho en relación con otras valoraciones psicológicas de víctimas o imputados, sí considerando la valoración de la víctima como un estudio muy específico dentro de la psicología forense.

En definitiva, lo que pretendemos es el diagnóstico de violencia o maltrato psíquico a través del daño psicológico derivado y su relación con un proceso de violencia de dominio. Para ello contamos con dos fases:

– Valoración clínica: entrevista, exploración y observación psicológica.
– Aplicación de pruebas psicodiagnósticas (cribado psicopatológico y evaluación clínica).

VALORACIÓN CLÍNICA

Se ha de procurar que el ambiente sea lo más cálido y acogedor posible, a fin de poder ganar la confianza de la víctima, ante lo cual evitaremos nerviosismo o bloqueo durante la entrevista.

Una vez conseguido este ambiente, hemos de proceder en primer lugar a:

- Presentarnos como profesionales, quiénes somos, ya que en no pocas ocasiones desconocen si están frente a una profesional médico, una psicóloga, psiquiatra o una trabajadora social.
- Cuál es el objetivo de nuestro informe.
- Dejar claro que los datos solicitados van a formar parte de un informe pericial psicológico y que otros tendrán acceso a la información.
- Que, posteriormente, habrá un juicio oral, donde acudiremos citadas como peritos y donde se hará referencia a la información aparecida en el informe y la entrevista.
- Solicitar, por todo ello, el consentimiento para la entrevista.

Procedemos entonces a la recogida de datos de la peritada por medio de la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato (Echeburúa et al., 1998). Es la principal prueba diagnóstica con la que cuenta la psicología forense y donde se recogen datos como:

1. *Historia de maltrato:* conocer el tipo de abuso padecido (psíquico, sexual o físico), desde el inicio de la relación de pareja. Para ello se ha de preguntar por:
   a) Incidentes:
   - *Primer incidente:* «al principio me pegaba empujones y me insultaba porque era muy celoso», «lo primero que yo vi fue que empezaron las malas maneras, insultos como "estás loca", etc.».
   - *Incidente típico:* actos violentos de escasa intensidad, insultos, amenazas, indiferencia, prohibición, aislamiento, agresión, etc. Si han existido actos personales hacia ella como actitudes despóticas, actuaciones prepotentes mediante gestos o actitudes, desprecios, burlas reiteradas, actos de anulación de la personalidad, humillación, retención en el hogar, empujones, romper objetos de la casa, empleo de armas, lanzamiento de objetos, agresiones sexuales, etc. (Navarro Góngora et al. , 2004).
   - *Incidente más grave.* Qué es lo que más le impactó o no puede olvidar, qué incidente considera ella como el más grave, donde peor lo pasó o cuando más miedo tuvo, situaciones que podemos ejemplarizar en los siguientes relatos:
     - «Por encima de mi casa hay muchos cerros, él paró el coche, me sacó a patadas, me tiró al suelo y empezó a pegarme patadas, puñetazos, a insultarme, "puta, zorra, que estaba enrollándome con los tres tíos de la puerta", me reventó la nariz, toda la boca y él se fue con el coche; eran las tres o cuatro de la mañana, iba descalza, la cabeza entera llena de chichones.»
     - «La más fuerte fue embarazada de mi hijo de siete meses, en la

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

cocina de la casa, me amenazó con un cuchillo, señalándome, voleó el carro de la compra.»

b) Frecuencia de los incidentes: eran más frecuentes o menos al principio o en fases finales.
c) Duración.
d) Intensidad: si se intensifican o disminuyen con el tiempo.
e) Objetivo: indiscriminados o personales hacia ella o hacia sus bienes.
f) Inicio: principio o mediados de la relación.
g) Evolución: si los abusos pasan de ser psicológicos a físicos o al contrario.
h) Desencadenantes: si se iniciaban o incrementaban coincidiendo con algún hecho en concreto (cobro de nómina, período de vacaciones, bebidas, etc.).

2. *Medidas adoptadas/decisiones tomadas:*
   a) Denuncias: número de denuncias interpuestas, por iniciativa de quién, si están en curso, si ha decidido seguir con el procedimiento.
   b) Separación: si la ha habido voluntariamente y de común acuerdo o no, si ha tenido que salir del hogar por iniciativa propia o por iniciativa de su pareja.
   c) Asistencia médica por lesiones: si ha acudido a un centro de salud, si ha contado lo que le pasaba, si el personal sanitario detectó una posible situación de maltrato.
   d) Medidas de protección legales adoptadas.
3. *Antecedentes de maltrato:* si ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen o con una pareja anterior.
4. *Grado de apoyo:* de qué manera considera que le ha afectado la situación vivida, si cuenta con apoyo familiar, de amistades, compañeros de trabajo, etc.
5. *Grado de asistencia:* si ha percibido algún tratamiento psicológico por la experiencia de maltrato, de qué tipo, desde cuándo está en tratamiento, si lo sigue o lo abandonó, si ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente, si ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico, si tiene problemas de salud importantes, si ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de autolesión, etc.
6. *Datos sobre el agresor:* obtendremos también datos del agresor para tratar de valorar la situación de peligro de la víctima, como la dinámica de agresiones, perfil descriptivo del agresor (problemas de abuso de drogas, si padece trastorno psiquiátrico, celos, problemas laborales, experiencias de maltrato en su familia de origen o antecedentes de maltrato con otras parejas, si el maltrato ha sido directo con los hijos, de qué forma).

PRUEBAS

Con éstas se pretende constatar los síntomas más habitualmente relacionados con el maltrato psicológico (baja autoestima, depresión, ansiedad, inadaptación y estrés postraumático), así como la personalidad de base de la víctima.

Entre los instrumentos de mayor utilidad como estudios complementarios para evaluar el maltrato psicológico y la sintomatología concomitante hallamos:

1. *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático* (Echeburúa et al., 1997). Evalúa el tipo y la intensidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association). Es apropiado para todo tipo de sucesos vitales estresantes. Además de una escala global, contiene tres subescalas que miden reexperimentación, evitación e incremento de activación. Si, por ejemplo, la mujer tiene sueños desagradables o repetitivos sobre el suceso («todos los días tengo pesadillas de que me persigue») o experimenta reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan algún aspecto del suceso («vengo para acá para Almería y me da descomposición») o tiene que esforzarse para evitar lugares, actividades o personas que evocan el recuerdo del suceso, está irritable o en estado de alerta («siento que la gente que tengo a mi alrededor la ha mandado a que me vigilen»).
2. *Escala de autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965; revisión, Rosenberg, 1985; traducción Martín Albo et al., 2007). El objetivo de dicha escala es evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene consigo misma. La escala consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert. El intervalo es de 10 a 40, de modo que cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima. Resulta muy útil para evaluar el grado de interferencia del maltrato en la autoestima.
3. *Inventario de depresión de Beck —BDI—* (Beck et al., 1961. Publicación en España, Conde et al., 1975. Adaptación castellana, Conde et al., 1975. Revisión crítica de la adaptación castellana, Conde et al., 1976). Se trata de uno de los instrumentos de evaluación más utilizado para el diagnóstico clínico de la depresión. Este cuestionario consta de 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta, que indagan sobre los síntomas clínicos de la depresión. Evalúa intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas, es decir, tendencia de la peritada a percibir los pensamientos como pesimistas.
4. *Inventario de ansiedad estado/rasgo —STAI—* (Spielberger et al., 1970). Se trata de un cuestionario que permite medir la ansiedad que manifiesta el sujeto como estado (en un momento puntual) y como rasgo (como patrón habitual en su comportamiento).
5. *Escala de inadaptación* (Echeburúa et al., 2000). Esta escala evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a diferentes áreas de su vida cotidiana, como trabajo, estudios, vida social, relación de pareja, tiempo libre y vida familiar. Además de estos ítems que oscilan de 0 a 5 en una escala tipo Likert, consta de una escala global que refleja el grado de inadaptación general a la vida cotidiana. Aplicado a la víctima de violencia de género, se obtienen resultados de la medida en que la situación del maltrato afecta a las diferentes áreas de la vida cotidiana.
6. *Inventario clínico multiaxial de Millon-III —MCMI-III—* (Millon et al., 2007). Se obtiene el perfil psicológico de la persona. Bajo la perspectiva de su diseñador, Millon, de las puntuaciones en la prueba se proporciona una completa información sobre la actitud del sujeto, perfil clínico, respuestas más llamativas, los posibles aspectos comórbidos y orientaciones para el diagnóstico de rasgos, trastornos y síndromes clínicos.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

7. *Cuestionario de salud general de Goldberg —GHQ28—* (Goldberg et al., 1979; validación, Lobo et al, 1986). Es de gran utilidad en la práctica forense. Mediante un cuestionario de salud general, el objetivo es evaluar el estado mental del sujeto. Para ello, tiene en cuenta las siguientes áreas: síntomas somáticos, de ansiedad, disfunción social y depresión.
8. *Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis —SCL90R—* (Derogatis et al., 2000; adaptación española, González de Rivera et al., 2002). Es un cuestionario de autoaplicación que permite obtener puntuaciones codificadas en 9 escalas sintomáticas (somatización, obsesivo-compulsivo, sensitivo interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices (global de severidad, malestar sintomático y total de síntomas presentados).

EMISIÓN DEL INFORME

El informe pericial sirve para constatar una realidad no captable por los sentidos directamente, a diferencia de lo que sucede con la prueba testifical o con la inspección ocular.

La importancia de esta prueba es poder determinar si hay o no violencia, sobre todo en los aspectos de más complicada acreditación, como la violencia psíquica y la habitualidad (Navarro Góngora et al., 2004). En el informe psicológico, en que consta de forma escrita la prueba pericial, constituye un medio de conocimiento auxiliar del juez, esencial para valorar los hechos que constituyen o podrán constituir los distintos tipos penales en que se trasluce la violencia doméstica.

Debemos concretar, por ello, lo que entendemos por violencia psíquica. Hemos de considerar en este término cualquier acción u omisión que, sin afectar a la integridad física de la persona y no entendida como forma normal de las relaciones personales, atenta contra su dignidad.

En una situación de violencia de género en el ámbito de la pareja, puede exteriorizarse a través de expresiones verbales, amenazas, actitudes de desprecio y/o humillación, pero en las que no hay ningún contacto físico entre autor y sujeto pasivo. Actos de violencia psíquica podrían ser:

- Renovar permanentemente el mensaje de ser incompetente y recordar el castigo al que se enfrenta la víctima si persiste en su actitud.
- Obligar a satisfacer demandas triviales.
- Tener que dejar sitios que les gusta.
- Verse obligadas a hacer cosas que no les gusta, como robar, firmar documentos, etc.
- Amenazas de abandono o suicidio por parte del agresor.
- Asustar con miradas o gestos; exhibir armas, destrozar cosas (ropa, objetos regalados por otras personas, fotos, etc.).
- Hacerle creer permanentemente que está trastornada, gorda, vieja, inútil, que es mala madre.
- Control permanente de lo que hace, dice, con quién habla, a quién ve, dónde sale, etc.
- Descrédito o crítica permanente de amistades, familiares, etc.
- Control de correspondencia, mensajes, llamadas, *e-mail*, agendas.

- Ignorar, haciéndoselo ver, las preocupaciones de la pareja.
- No dar opción a pronunciarse sobre nada, en que el agresor debe tener la última palabra en decisiones importantes.
- Control exhaustivo de gastos, hasta lo más nimio, sin autonomía alguna para decidir sobre ella o la familia; acusar de malgastar y sin posibilidad de manejar dinero alguno.
- No dejarla trabajar o controlar y desvalorizar su capacidad laboral: acoso en el lugar de trabajo, obligar a abandonarlo, limitar o anular las relaciones con compañeras/os de trabajo, desvalorizar su trabajo, etc.

Es por ello por lo que en la valoración psicológica en violencia de género tendremos que:

- Establecer que el maltrato psicológico ha tenido lugar.
- Qué tipo de maltrato psicológico.
- Existencia de «lesión psíquica» y consecuencias conductuales derivadas:
  - Abuso de alcohol y drogas.
  - Depresión y ansiedad.
  - Trastornos alimentarios y del sueño.
  - Sentimientos de vergüenza y culpa.
  - Fobias y trastorno de pánico.
  - Inactividad física.
  - Baja autoestima.
  - Trastorno de estrés postraumático.
  - Trastornos psicosomáticos.
  - Tabaquismo.
  - Conducta suicida y autodestructiva.
  - Conducta sexual insegura.
- Relación causal entre lesión psíquica y maltrato psicológico; siempre hay que tener en cuenta que resulta difícil deslindar qué alteraciones psíquicas no son específicas de la violencia hacia la mujer y que, por lo tanto, pueden tener otras causas o ser anteriores.

En la tabla 28.1 se expone el modelo genérico de informe de valoración.

JUICIO ORAL

Como consecuencia del trabajo realizado, los peritos podrán ser citados a juicio oral, al cual deberán asistir tras la citación formal del órgano correspondiente. La Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECRIM) dispone en su artículo 462 la obligatoriedad, por parte del perito, de acudir al llamamiento judicial para desempeñar el servicio pericial si no estuviera legítimamente impedido.

Una vez en el plenario, el Art. 474 impone la obligatoriedad del juramento conforme al Art. 434, de proceder bien y fielmente en las operaciones llevadas a cabo para descubrir la verdad y, asimismo, los artículos 480 y 483 establecen la intervención de las partes y del juez en la prueba pericial —hacer observaciones— o en las conclusiones —hacer preguntas pertinentes y pedir aclaraciones—, habiéndose de consignar las contestaciones que dé el perito, que se considerarán parte del informe.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

TABLA 28.1. Informe pericial psicológico en violencia de género

1. Identificación:
   a) Identificación de los peritos
   b) Datos de filiación de la peritada:
      – Nombre y apellidos
      – Lugar de nacimiento
      – Fecha de nacimiento
      – Edad actual
2. Objetivo del informe pericial:
   «Que el objetivo del informe pericial es la evaluación psicológica de D.ª _____ con objeto de determinar la naturaleza y alcance de su sufrimiento emocional a consecuencia del hecho, estableciendo la relación de causalidad entre el hecho victimizante y la psicopatología emergente.»
3. Metodología:
   Para la emisión del presente informe pericial psicológico se ha utilizado:
   a) Entrevistas y observaciones: entrevista clínica estructurada/entrevista abierta realizada a la peritada, el día _____ con una duración aproximada de ____ minutos.
   b) Pruebas diagnósticas complementarias:
      – Inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)
      – Inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI)
      – Inventario de depresión de Beck (BDI)
      – Escala de autoestima de Rosenberg
      – Escala de inadaptación
      – Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático
      – Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)
      – Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL 90-R)
   c) Análisis de la documentación (informes psicológicos, sociales, médicos, etc., declaraciones, atestado)
4. Exploración psicológica:
   a) Datos sociodemográficos:
      – Nombre
      – Sexo
      – Edad
      – Profesión
      – Nivel socioeconómico
      – Estudios
      – Estructura familiar
   b) Situación actual de la relación
   c) Análisis histórico de la vida de la persona:
      – Historial psiquiátrico-terapéutico
      – Historial académico-profesional
      – Historial médico-sanitario
      – Historial evolutivo-social
   d) Exploración psicopatológica
5. Pruebas complementarias:
   a) Inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)
   b) Inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI)
   c) Inventario de depresión de Beck (BDI)
   d) Escala de autoestima de Rosenberg
   e) Escala de inadaptación
   f) Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático
   g) Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)
   h) Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL 90-R)
6. Formulación forense:
   A tenor del análisis realizado y de los datos obtenidos, podemos observar que D.ª _____ presenta psicopatología compatible con una situación de maltrato psicológico.

7. Consideraciones forenses.
   A tenor de los resultados analizados, se plantea si la peritada presenta sintomatología derivada de un presunto maltrato psicológico por parte de su pareja, ex pareja, para lo que realizamos las siguientes consideraciones:
   a) *Sobre el maltrato:* hemos de definir el concepto de violencia hacia la mujer y exponer las diferentes formas de maltrato psicológico, para posteriormente ponerlo en relación con el caso que nos ocupa. Podemos cerrar estas consideraciones de la forma siguiente: «Remitiéndonos al caso que nos ocupa, con base en todo el proceso de evaluación realizado, podemos concluir que la peritada ha manifestado vivir situaciones similares a las descritas anteriormente.»
   b) *Sobre las consecuencias del maltrato:* en este apartado se describirían las consecuencias psicológicas y conductuales que la violencia de género tiene en la salud de las víctimas y podemos concluir de la siguiente forma: «Remitiéndonos al caso que nos ocupa, podemos observar que la peritada presenta varias de las consecuencias detalladas anteriormente: depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, fobias y trastorno de pánico, etc.»
8. Referencias bibliográficas
9. Conclusiones.
   Es en las conclusiones donde se debe contestar de una manera directa las preguntas que motivaron el informe, si bien no consiste en dar una respuesta cien por cien cierta, sino que se debe hablar en términos de compatibilidad.
   Debe tenerse claro que la conclusión que se formula en el informe de resultados del estudio psicológico del caso que nos ocupa se refiere únicamente a la situación que existía en el momento de practicarse el estudio.
   De forma general podemos concluir sobre:
   – *Primera.* D.ª _____, en el momento de evaluación, presenta sintomatología…
   – *Segunda.* El estado emocional y la sintomatología que presenta D.ª _____ podría ser compatible/no es compatible con las consecuencias psicológicas y conductuales derivadas de una situación de maltrato.

VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

El daño psíquico padecido por las víctimas de malos tratos, más su vulnerabilidad, lleva a que sea fácil reforzar y cronificar su concepto de víctima y sus lesiones psíquicas (victimización) haciéndoles «revivir» varias veces su sufrimiento en una asistencia multidisciplinaria (policial, médica, jurídica, psicológica, social), ya que se obliga a contar la historia de su trauma en una media de seis o siete ocasiones, sin tener en cuenta las que se darán durante la intervención clínica, situación con el consiguiente riesgo de recaída en el daño o dolor padecidos. Así pues, cuando la víctima entre en el proceso judicial, aumenta el riesgo de victimización secundaria.

Es la respuesta que puede originar el sistema en una mujer, que la hace revivir su papel de víctima, con el agravante de que esta nueva victimización se da por parte de las instancias de las que ella espera ayuda y apoyo. Esta vez no es sólo víctima de un delito, sino de la incomprensión o falta de coordinación del sistema.

Ejemplo de esto, en ocasiones, lo encontramos en mujeres que acuden a servicios de valoración pasados varios meses desde el momento de la denuncia; no han pasado por terapia o asistencia de ninguna clase y exclusivamente se les ha solicitado el relato de los hechos una y otra vez. Manifiestan emotividad exacerbada no sólo a lo largo de la entrevista al relatar lo ocurrido, sino a los

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

pocos minutos de comenzar la entrevista o antes (entran ya llorando o lo hacen en la sala de espera).

Sirvan como ejemplo las manifestaciones de algunas denunciantes durante la valoración: «cuando hablo del tema, me altero y me da rabia y coraje», «estoy incomoda, nerviosa, me quiero ir», «ayer tuve dolor de cabeza terrible», «esta noche he tenido pesadillas, que era muy fea», «me duele la cabeza cada vez que hablo de este tema, ahora estoy mejor, según como me pille, muchas veces no puedo dormir bien, todo me da rabia, estoy enrabia, cada vez que vengo se me nubla la cabeza», «antes de venir aquí me he tomado una tila», etc.

Si bien es verdad que la terapia de la presunta víctima puede alterar la valoración forense, por otro lado, hemos de tener en cuenta la posible victimización, que de igual manera puede alterarla. Así pues, todos los equipos profesionales que intervienen deben procurar lograr la coordinación necesaria para que el proceso inicial instructor (denuncia, declaraciones, valoración forense) dure lo menos posible, sin que ello implique hacerlo con prisas que resten garantías, y suprimir todos los trámites innecesarios, con lo que, al igual que con cualquier otro grupo sensible de víctimas (malos tratos infantiles, agresiones sexuales, abuso sexual infantil), lograremos reducir el riesgo de victimización secundaria.

Modelos de protocolo de exploración e informe en valoración médico-forense de la víctima de violencia de género

29

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Modelo de protocolo exploración médico-forense en valoración de la víctima de violencia de género 316
Modelo de informe médico-forense en valoración de la víctima de violencia de género 320

Sintetizando lo expuesto en el capítulo anterior sobre exploración y valoración de la víctima de violencia de género, mostramos el siguiente modelo de recogida de datos, que consideramos puede adaptarse a este tipo de exploración; podría considerarse como una historia psiquiátrica forense de valoración de víctima de violencia de género.

Asimismo, respecto al informe de valoración médico-forense de la víctima de violencia de género, si bien se ha tener en cuenta el hecho de que la independencia que la ley reconoce al médico forense, o a cualquier otro perito, hace único su informe, y por tanto existe una libertad total en cuanto a su forma y contenido, esto no debe ser incompatible con un estándar mínimo que deberían cumplir los informes dependiendo de la materia de que se traten. Así pues, exponemos lo que puede ser, a nuestro juicio, un modelo estándar de informe médico-forense.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

MODELO DE PROTOCOLO EXPLORACIÓN MÉDICO-FORENSE EN VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Ref. IML: _____

Procedimiento: _____

Organismo judicial: _____

Fecha: _____

Nombre _____

DNI _____

Fecha de nacimiento _____ Años _____

Lugar _____

Profesión/actividad laboral _____

Cuenta propia/ajena _____

Activo S/N _____

Domicilio _____

Localidad _____

Provincia _____ CP _____ Tel. _____

Vista por médico forense: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

Ref. informe: _____

Circunstancias de hecho/motivo de reconocimiento:

1. Preguntada durante las entrevistas en IML sobre los hechos y antecedentes, refiere:
   - Sobre los hechos del:
   - Sobre antecedentes:
     - Violencia verbal:
     - Violencia física:
     - Violencia ambiental:

- Otras conductas violentas:
- Desencadenantes:
- Respuesta:

2. Denuncias previas:

3. Declaraciones:

– Declaraciones/denuncia de D.ª _____ ante la Guardia Civil/Policía Nacional, día _____ , hora _____ , y en Juzgado _____ , día _____ , resumen:

– Declaraciones/denuncia de imputado, D. _____ ante la Guardia Civil/Policía Nacional, día _____ , hora _____ , y en Juzgado _____ , día _____ , resumen:

4. Relación tras denuncia:

5. Antecedentes de separación:

Anamnesis

Datos de filiación[1]:

Antecedentes:

1. Familiares:

2. Personales (psicobiografía):

a) Estudios:

b) Trabajo:

c) Relaciones sociales (actual):

d) Relaciones familiares (actual):

e) Vida de pareja:

– Inicio de relación:

– Convivencia:

– Violencia:

- Tipo de violencia:
- Ciclo de violencia:
- Escalada de violencia (intensidad, frecuencia):

– Respuesta:

- Maniobras de evitación:
- Comportamientos como respuesta a la violencia (normalización, justificación, evitación):

1. No incluir en informe nunca datos sobre localización: dirección, teléfono, lugar de trabajo, centro de acogida; éstos sólo deben quedar en historial médico-forense.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- Expectativas de cambio:
- Normalización de conductas:
- Motivos para continuar:
- Dependencia sentimental/emocional:

– Independencia:

- Horarios:
- Económica:
- Laboral:
- Comunicaciones:
- Relaciones:

  Familiares:

  Sociales:

  Laborales:

– Celos:

– Alimentación:

– Estado anímico:

– Relaciones sexuales:

– Conciencia de la situación:

3. De enfermedad:

Exploración:

Actitud general: mujer de biotipo _____ , con _____ estado de nutrición y de cuidado personal. Durante la exploración y las entrevistas en consulta forense, realizadas con fechas _____ en Instituto de Medicina Legal, presenta adecuada/inadecuada sintonía, colaboradora/no colaboradora en todo momento, sin/con signos evidentes de rechazo, reticencia o negativismo. Actitud (cohibida, entrecortada, nerviosa, intenta continuamente sobreponerse, llanto fácil durante la entrevista/tranquila, relajada, no llanto, normal, etc.). Presencia/aspecto (arreglada/no arreglada, maquillada/no maquillada, etc.):

Estado físico:

– Parte de urgencias/lesiones:

– Informes/consultas médico-forenses previos:

– Evolución en las diferentes entrevistas:

Exploración de las funciones psíquicas:

1. Fecha:

2. Sentimientos/emociones:

– Autoculpa:

– Autovaloración:

– Autoestima:

– Dependencia sentimental/emocional:

3. Funciones psíquicas:

– Conciencia (grado y orientación):

– Atención:

– Psicomotricidad:

– Sensopercepción:

– Memoria:

– Pensamiento:

– Lenguaje:

– Juicio y raciocinio:

– Inteligencia:

– Afectividad:

- Estado de ánimo:
- Emociones:

– Trastornos por estrés:

Datos complementarios:

– Valoración psicológica:

– Entrevistas:

– Otros informes:

Diagnóstico:

El reconocimiento de D.ª _____ , así como exploraciones y datos complementarios, aun considerando que pueda tratarse de una relación conyugal conflictiva, no permite obtener datos compatibles con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre su pareja femenina, más allá de agresión/es objetos de denuncia.
El reconocimiento de D.ª _____ , así como exploraciones y datos complementarios, arroja datos compatibles con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre su pareja femenina, más allá de agresión/es objeto de denuncia.
El reconocimiento de D.ª _____ , así como exploraciones y datos complementarios, arroja datos compatibles con un proceso de violencia de base patológica y causa en _____ , más allá de agresión/es objeto de denuncia.

Observaciones:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

MODELO DE INFORME MÉDICO-FORENSE EN VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Ref. IML: _____

Procedimiento: _____

Organismo Judicial: _____

En _____, a _____ de _____ de dos mil _____ D./D.ª _____, médico forense del Instituto de Medicina Legal de _____, en virtud del juramento que tiene prestado, manifiesta: que en cumplimiento de lo requerido por S.I.ª, a fin de efectuar reconocimiento de D.ª _____ y emitir informe sobre violencia de género en la relación de pareja, ha realizado las operaciones encaminadas a tal fin llegando a los siguientes resultados:

Los elementos de juicio que han servido de base para la realización del siguiente informe han sido:
- Datos obrantes en diligencias previas.
- Datos suministrados por la paciente.
- Exploración psíquica.
- Datos complementarios:

Circunstancias de hecho/motivo de reconocimiento

1. Preguntada durante las entrevistas en IML sobre los hechos y antecedentes, refiere:
   - Sobre los hechos del:
   - Sobre antecedentes:
     - Violencia verbal:
     - Violencia física:
     - Violencia ambiental:
     - Otras conductas violentas:
     - Desencadenantes:
     - Respuesta:

2. Denuncias previas:

3. Declaraciones:

   – Declaraciones/denuncia de D.ª _____ ante la Guardia Civil/Policía Nacional, día _____ , hora _____ , y en Juzgado _____ , día _____ , resumen:

   – Declaraciones/denuncia de imputado, D. _____ ante la Guardia Civil/Policía Nacional, día _____ , hora _____ , y en Juzgado _____ , día _____ , resumen:

4. Relación tras denuncia:

5. Antecedentes de separación:

Anamnesis:

Datos de filiación[1]:

Antecedentes:

1. Familiares:

2. Personales (psicobiografía):

   a) Estudios:

   b) Trabajo:

   c) Relaciones sociales (actual):

   d) Relaciones familiares (actual):

   e) Vida de pareja:

   – Inicio de relación:

   – Convivencia:

   – Violencia:

   • Tipo de violencia:

   • Ciclo de violencia:

   • Escalada de violencia (intensidad, frecuencia):

   – Respuesta de la víctima:

   • Maniobras de evitación:

   • Comportamientos como respuesta a la violencia (normalización, justificación, evitación):

   • Expectativas de cambio:

   • Normalización de conductas:

   • Motivos para continuar:

1. No incluir nunca datos sobre localización: dirección, teléfono, lugar de trabajo, centro de acogida; éstos sólo deben quedar en historial médico-forense.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- Dependencia:

– Independencia:

- Horarios:
- Económica:
- Laboral:
- Comunicaciones:
- Relaciones:

  Familiares:

  Sociales:

  Laborales:

– Celos:

– Alimentación:

– Estado anímico:

– Relaciones sexuales:

– Conciencia de la situación:

3. De enfermedad:

Exploración:

Actitud general: mujer de biotipo _____ , con _____ estado de nutrición y de cuidado personal. Durante la exploración y las entrevistas en consulta forense, realizadas con fechas _____ en el Instituto de Medicina Legal, presenta adecuada/inadecuada sintonía, colaboradora/no colaboradora en todo momento, sin/con signos evidentes de rechazo, reticencia o negativismo. Actitud (cohibida, entrecortada, nerviosa, intenta continuamente sobreponerse, llanto fácil durante la entrevista/tranquila, relajada, no llanto, normal, etc.). Presencia/aspecto (arreglada/no arreglada, maquillada/no maquillada, etc.):

Estado físico:

– Parte de urgencias/lesiones:

– Informes/consultas médico-forenses previos:

– Evolución en las diferentes entrevistas:

Exploración de las funciones psíquicas:

1. Fecha:

2. Sentimientos/emociones:

   – Autoculpa:

   – Autovaloración:

– Autoestima:

– Dependencia:

3. Funciones psíquicas:

– Conciencia (grado y orientación):

– Atención:

– Psicomotricidad:

– Sensopercepción:

– Memoria:

– Pensamiento:

– Lenguaje:

– Juicio y raciocinio:

– Inteligencia:

– Afectividad:

  • Estado de ánimo:

  • Emociones:

– Trastornos por estrés:

Datos complementarios:

– Valoración psicológica:

– Entrevistas:

– Otros informes:

Diagnóstico:

El reconocimiento de D.ª _____, así como exploraciones y datos complementarios, aun considerando que pueda tratarse de una relación conyugal conflictiva, no permite obtener datos compatibles con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre la mujer en una relación de pareja, más allá de agresión/es objeto de denuncia.

El reconocimiento de D.ª _____, así como exploraciones y datos complementarios, arroja datos compatibles con un proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre la mujer en una relación de pareja, más allá de agresión/es objeto de denuncia.

El reconocimiento de D.ª _____, así como exploraciones y datos complementarios, arroja datos compatibles con un proceso de violencia de base patológica y causa en _____ más allá de agresión/es objeto de denuncia

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Consideraciones médico-forenses:

Consideraciones sobre violencia de género:

Consideraciones sobre el caso en cuestión:

La concepción de la violencia de género como proceso de dominio y el estudio de la respuesta de la víctima y de las consecuencias lesivas que sufre son las bases de la valoración integral de la violencia de género, entendida ésta como una valoración más allá de la lesión (concepción física que se tiene de ésta), resultado del hecho o hechos objeto de denuncia.

Se trata de un estudio multifactorial centrado fundamentalmente en cuatro pilares básicos, de los que, analizados según las exploraciones realizadas, podemos considerar:

1. Valoración de los hechos o situaciones de violencia referidas por la víctima durante su relación de pareja:
   - Compatibles con episodios de violencia física y psíquica (verbal, humillaciones, anulación personal, con maniobras de desvalorización de la persona) sin desencadenantes aparentes.
   - Compatibles con episodios de violencia enmarcados en disputas entre la pareja por diferentes motivos, cargadas de agresividad, que terminan en insultos y/o agresiones, incluso mutuos.
   - Compatibles con episodios de violencia verbal y/o física desencadenados exclusivamente por consumo de sustancias y/o enfermedad psíquica.
2. Valoración del proceso de violencia de género (escalada de violencia):
   - Proceso multifásico de dominio: compatible/no compatible con fases de aislamiento, control y prohibiciones, anulación personal y agresiones.
   - Ciclo de violencia: compatible/no compatible con ciclo de violencia.
   - Escalada de violencia: compatible/no compatible con aumento de intensidad y frecuencia y paso del ámbito privado al público.
3. Valoración de la respuesta de la víctima de violencia:
   - Maniobras de evitación: sí, típicas de víctima de violencia de género (se intenta evitar las situaciones actuando tal como se piensa que no pueda provocar a la pareja: evitar llamadas y salidas, asentir en la mayoría de las cosas, no responder en discusiones o agresiones, ocultación/no existen maniobras de evitación).
   - Comportamientos como respuesta a la violencia (normalización, justificación, negación, evitación): interfieren en relaciones sociales, hábitos de conducta, ámbito laboral/no existe modificación de comportamientos.
   - Expectativas de cambio: sí/no existen.
   - Normalización de conductas: sí/no existe.
   - Conciencia de la víctima:
   - Dependencia: si/no existe.
4. Valoración de síntomas psíquicos:
   - Daño psicológico (y su repercusión en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima: sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual): se objetivan/no se objetivan sentimientos de culpabilidad, inseguridad,

desvalorización y pérdida de autoestima compatibles con violencia de género.
- Trastornos psíquicos directamente relacionados con la violencia sufrida (trastornos por estrés, de adaptación, de las emociones, del estado de ánimo):
  - Trastornos por ansiedad:
  - Trastornos del estado de ánimo:
  - Trastornos de adaptación:
  - Trastornos por estrés (reacción aguda al estrés/trastorno por estrés postraumático):

Informe de sanidad de lesiones físicas:
- Lesiones:
- Asistencia facultativa:
- Días de curación:
- Días de incapacidad para ocupaciones habituales:
- Secuelas:

Informe médico-forense previo:

Conclusiones:
Primera. D.ª _____ ha sido reconocida como presunta víctima por la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género de este Instituto de Medicina Legal a instancias de _____
Segunda. El resultado de la valoración médico-forense de D.ª _____ arroja datos compatibles/no compatibles con proceso de violencia de género, entendido como proceso de dominio del hombre sobre la mujer en una relación de pareja (u otro tipo de violencia, por ejemplo de base patológica), más allá de agresión/es objeto de denuncia.
Tercera. Lesiones físicas.
Cuarta. La afectación psíquica o cuando menos psicológica detectada en la víctima, compatible con daño resultante de violencia de género, unida a la posible aparición de síntomas compatibles con trastorno de adaptación, aconsejan su seguimiento y tratamiento psiquiátrico/psicológico.

Lo que declara en cumplimiento de lo requerido.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Enfermedad mental y capacidad de obrar

30

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto médico-legal de personalidad y capacidad de obrar 331
Incapacitación 331
Legislación 331
Causas de incapacidad 334
Enfermedades o deficiencias psíquicas 334
Enfermedades o deficiencias físicas 336
Prueba de «incapacidad» 337
Revocación de incapacidad 339
Protección de los incapacitados 340
Trastorno mental y capacidad de consentir 340
Internamiento involuntario 341
Testamentifacción 345
Legislación 346
Peritación en la capacidad de testar 347

Si bien con anterioridad hemos tratado de explicar la enfermedad mental como base de la alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas de la persona en el momento de llevar a cabo una acción tipificada como delito y, por lo tanto, nos hemos referido a los trastornos mentales como modificadores de la responsabilidad en el derecho penal, ahora nos referiremos a la capacidad de obrar de la persona en el ámbito civil, e intentaremos explicar cómo una enfermedad mental puede alterarla de forma definitiva o en un momento dado, y cómo el Derecho y los tribunales han de poner en marcha las medidas necesarias para proteger a la persona cuando no es capaz de gobernarse a sí misma y/o sus bienes de forma adecuada.

En el ámbito civil, una de las actuaciones por excelencia del médico forense es emitir informes sobre las condiciones psicofísicas de una persona para gobernarse a sí misma y/o sus bienes, es decir, valorar si su estado físico y/o psíquico son adecuados para poder llevar a cabo dicho gobierno.

La raíz de la necesidad de protección de la persona discapaz se encuentra en el propio concepto jurídico de «persona». Éste es la base del Derecho, ya que las personas protagonizan las relaciones jurídicas, gozan de los derechos y están sujetas por las obligaciones que las reglas del Derecho establecen.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

La protección de la persona, en el más amplio sentido de la palabra, de su dignidad al margen de sujeto de derechos y obligaciones, es una exigencia de primer orden e irrenunciable para todo derecho moderno y, por lo tanto, éste tiene como obligación derivada, y finalidad fundamental, la protección de la dignidad y, en consecuencia, la tutela de la persona en los casos que hiciere falta.

La aptitud de la persona para ser sujeto de relaciones jurídicas se denomina capacidad jurídica. Se trata de una cualidad que la persona posee por el mero hecho de serlo, y ésta no le viene otorgada por el derecho, sino que éste se la reconoce; por lo tanto, desaparecen las antiguas situaciones en las que el derecho negaba a determinadas personas dicha capacidad jurídica para ser titulares de sus derechos y desenvolverse con autonomía en la vida jurídica, como era el caso de la esclavitud en la antigua Roma, la «muerte jurídica de religiosos profesos», la pérdida de derechos de sirvientes, de los condenados a muerte o recluidos en centros psiquiátricos (antiguos «manicomios») de por vida.

Así pues, la capacidad jurídica no es concedida, sino reconocida por el Derecho, es consecuencia de ser persona y se reconoce desde el nacimiento de aquélla, tal como establece el Art. 29 del Código Civil —«El nacimiento determina la personalidad»—, si bien sólo cuando hay circunstancias objetivas que permitan suponer que es viable en el momento de nacer; en este sentido el derecho español exige que el nacido sea capaz de vivir independientemente fuera del claustro materno durante un período que establece el legislador en 24 horas: Art. 30 del Código Civil, «para los efectos civiles sólo se reputará nacido al feto que tuviese figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno».

Cosa diferente es la denominada capacidad de obrar, la cual se entiende como la aptitud de la persona para realizar actos jurídicos de manera directa y válida; es pues una aptitud o cualidad que se precisa en la persona para ésta ejercitar por sí misma sus propios derechos y, en general, poder desenvolverse de forma autónoma en la vida jurídica.

De esta forma, un niño o un recién nacido son titulares de una serie de derechos y obligaciones por el hecho de nacer y ser persona, poseen capacidad jurídica (pueden, por ejemplo, ser herederos, titulares de bienes o incluso acreedores), pero carecen de la aptitud para ejercer esos derechos y cumplir con sus obligaciones, es decir, carecen de capacidad de obrar, y es preciso que hasta que la alcance en las condiciones que establece la ley alguien vele por sus derechos y obligaciones, alguien con capacidad de obrar reconocida. Ese alguien, que actúa como representante legal hasta que el sujeto obtenga capacidad de obrar, será su padre y/o su madre (patria potestad) o, a falta de ambos, una persona que se denomina tutor.

La capacidad de obrar presupone que la persona tenga cualidades y condiciones que determinen su voluntad libre y consciente; exige madurez y salud psíquicas. La primera viene determinada por la edad mínima para poder obtener, según el legislador, la capacidad de obrar, y se sitúa en la mayoría de edad, los 18 años, si bien el derecho especifica determinados actos jurídicos en los que se requiere una edad mínima menor a los 18 años. Sobre la base de esta madurez se precisa salud psíquica o mental, requeridas para poder expresar una voluntad consciente, y en las circunstancias en que no hay salud mental se han de establecer las garantías para que la persona pueda ejercitar con eficiencia jurídica sus derechos y obligaciones.

CONCEPTO MÉDICO-LEGAL DE PERSONALIDAD Y CAPACIDAD DE OBRAR

Según Kraft Ebing (1912), los elementos integrantes de la capacidad de obrar (que no de la capacidad jurídica, la cual se reconoce en un sujeto por el hecho de ser persona, de nacer), desde el punto de vista médico-legal, son tres:

1. Que el sujeto posea una serie de conocimientos acerca de los derechos y deberes sociales y de las reglas de la vida en sociedad.
2. Un juicio suficiente para aplicarlos en cada caso concreto.
3. Una firmeza de voluntad precisa para llevar a cabo una libre decisión de actuación.

Desde el punto de vista jurídico y médico-legal estos tres elementos se pueden aunar o reducir a dos: la inteligencia y la voluntad, necesarias para obrar con conocimiento en un determinado momento. Al igual que sucede en el Derecho penal para la imputabilidad, en el Derecho civil se precisa de ellos. Es por ello por lo que para ser reconocida la capacidad de obrar de una persona, sobre la base de su capacidad jurídica y de la mayoría de edad, se precisa salud o integridad psíquica y, por lo tanto, cualquier enfermedad o trastorno mental que afecte a sus facultades intelectivas y/o volitivas puede modificarla o anularla.

No obstante, sobre la analogía existente entre imputabilidad y capacidad de obrar en relación con las facultades necesarias, existe una diferencia básica, diferencia que es de tipo cuantitativo, en el sentido de ser mayores las exigencias o requerimientos de la integridad de dichas facultades para la capacidad de obrar. Esta diferencia cuantitativa se deduce del hecho de que la capacidad moral o ética de la persona que le hace diferenciar entre lo bueno y lo malo, lo lícito y lo ilícito, lo prohibido o lo permitido, se desarrolla antes que la capacidad para comprender la trascendencia de los actos en la vida civil. En este sentido, pequeños defectos intelectivos y/o volitivos pueden no alterar la capacidad de conocer y querer (actuar según lo conocido) que hacen voluntario un acto, pero esos mismos mínimos defectos pueden hacer al sujeto incapaz para decidir y consentir libre y voluntariamente en actos civiles como matrimonio, testar o realizar un contrato. En definitiva, dado que los actos civiles tienen una mayor complejidad en estructura y trascendencia, sumado al hecho de que por lo general interesan a terceros, la legislación es más exigente en cuanto al grado de integridad de facultades psíquicas, e incluso físicas, para el reconocimiento de la capacidad civil (capacidad de obrar) de una persona.

INCAPACITACIÓN

LEGISLACIÓN

El procedimiento de incapacitación de las personas, así como las causas de incapacidad, está establecido en:

1. *Código* Civil: libro primero, título IX, «De la incapacitación», Arts. 199 a 214, de los que reproducimos por el interés médico-legal:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Art. 199. Nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas por la ley.

Art. 200. Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Art. 201. También podrán ser incapacitados los menores cuando concurra en ellos causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad.

2. *Ley de enjuiciamiento civil:* libro cuarto, título I, capítulo II, «De los procesos sobre la capacidad de las personas», Arts. 756-762:

Art. 756. Competencia. Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

Art. 757. Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad:

a) La declaración de incapacidad pueden promoverla el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz.

b) El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.

c) Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

d) No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

e) La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.

Art. 758. Personación del demandado. El presunto incapaz o la persona cuya declaración de prodigalidad se solicite pueden comparecer en el proceso con su propia defensa y representación. Si no lo hicieren, serán defendidos por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento. En otro caso, se designará un defensor judicial, a no ser que estuviere ya nombrado.

Art. 759. Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación:

a) En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal.
b) Cuando se hubiera solicitado en la demanda de incapacitación el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él, sobre esta cuestión se oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, a éste, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno.
c) Si la sentencia que decida sobre la incapacitación fuere apelada, se ordenará también de oficio en la segunda instancia la práctica de las pruebas preceptivas a que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

Art. 760. Sentencia:
a) La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, y se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 763.
b) En el caso a que se refiere el apartado 2 del artículo anterior, si el tribunal accede a la solicitud, la sentencia que declare la incapacitación o la prodigalidad nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él.
c) La sentencia que declare la prodigalidad determinará los actos que el pródigo no puede realizar sin el consentimiento de la persona que deba asistirle.

Art. 761. Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación:
a) La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.
b) Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a que se refiere el apartado anterior, a las personas mencionadas en el apartado 1 del artículo 757, a las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado. Si se hubiera privado al incapacitado de la capacidad para comparecer en juicio, deberá obtener expresa autorización judicial para actuar en el proceso por sí mismo.
c) En los procesos a que se refiere este artículo se practicarán de oficio las pruebas preceptivas a que se refiere el artículo 759, tanto en la primera instancia como, en su caso, en la segunda. La sentencia que se dicte deberá pronunciarse sobre si procede o no dejar sin efecto la incapacitación, o sobre si deben o no modificarse la extensión y los límites de ésta.

Art. 762. Medidas cautelares:
a) Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación.

b) El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior. Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

c) Como regla, las medidas a que se refieren los apartados anteriores se acordarán previa audiencia de las personas afectadas. Para ello será de aplicación lo dispuesto en los artículos 734, 735 y 736 de esta Ley.

CAUSAS DE INCAPACIDAD

Según lo establecido en el Código Civil, son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes, de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Tal como el mismo código establece, no es suficiente que el sujeto presente cualquiera de las enfermedades indicadas, sino que ésta le impida gobernarse por sí mismo. En este sentido, volvemos a encontrar una analogía con la imputabilidad, ya que para declarar al sujeto «inimputable» para una acción delictiva llevada a cabo, no es suficiente que presente un trastorno mental determinado, ni siquiera que dicho trastorno pueda alterar las facultades intelectivas y/o volitivas en el sujeto, sino que, de forma específica, éstas estuvieran alteradas en el momento de llevar a cabo la acción. Así pues, en ambos casos no es suficiente con un diagnóstico de enfermedad, sino su consecuencia, en el sentido de que alterare las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto en el momento de la acción (pretérita), por lo que a imputabilidad se refiere, o que le impida gobernarse por sí mismo en el caso de la capacidad civil (acciones presentes y futuras).

Enfermedades o deficiencias psíquicas

Como causas de incapacitación contempladas por la Ley, son las más frecuentes, y las que de forma más evidente justifican una incapacidad para obrar. Generalmente, la incapacitación por esta causa suele ser total, para cualquier acto en la vida civil. Los vocablos genéricos «enfermedad» o «deficiencia» empleados por el jurista en el Código Civil vienen a establecer que lo esencial no es padecer una determinada enfermedad o un trastorno mental, sino que origine un estado que impida a la persona gobernarse por sí misma.

Según Gisbert Calabuig et al. (2004), este estado mental se caracteriza por ser consecuencia de un trastorno psíquico cuya naturaleza y profundidad sean suficientes para justificar las consecuencias jurídicas que se derivan (criterio psicopatológico), su permanencia o habitualidad (criterio cronológico) y porque, como consecuencia de tal estado, la persona es incapaz de gobernarse a sí misma (criterio jurídico).

No obstante, consideramos que se puede establecer una analogía de criterios entre la imputabilidad y la incapacidad en relación con la enfermedad o el trastorno mental que las causan:

1. *Criterio cualitativo:* al igual que en la imputabilidad, dicho criterio hace referencia a un trastorno mental que afecte a las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto, que puede ser causa de incapacitación, por afectación de la capacidad de conocer y actuar según dicho conocimiento.

   Entre ellas, el retraso mental y las demencias son las causas más frecuentes de incapacitación civil. Antes de su reforma, el Código Civil hacía referencia de forma expresa a los retrasos mentales como causa de incapacitación (Art. 200. Son causas de incapacitación, siempre que impidan a la persona gobernarse por sí misma: 1. La enfermedad y las deficiencias mentales).

   Por lo que a éstos se refiere, entendemos todo trastorno mental, congénito o adquirido, que afecta directamente a la inteligencia, con independencia de si se halla afectada o no la voluntad. De mayor a menor grado de retraso, éstos se clasifican en:
   - Retraso mental profundo, cuando el cociente intelectual (CI) se halla por debajo de 20.
   - Retraso mental grave: CI comprendido entre 20 y 34.
   - Retraso mental moderado: CI entre 34 y 50.
   - Retraso mental leve: CI entre 50 y 75.
   - Límite o *borderline:* CI por encima de 75 hasta 84; se considera 85 como el límite más bajo de la normalidad.

   De forma general, podemos decir que la capacidad de gobierno del sujeto será nula en el retraso mental profundo y en el grave, muy mermada o prácticamente nula en el retraso mental moderado y parcialmente conservada en el retraso mental leve, si bien en cada caso ha de estudiarse de forma concreta y determinar hasta qué punto su deficiencia mental le impide o no el gobierno de su persona y sus bienes.
2. *Criterio cronológico:* se refiere a que el estado de trastorno mental, sobrevenido o presente desde el nacimiento, ha de ser permanente en el tiempo.

   En relación con el criterio cronológico, existen dos diferencias entre imputabilidad y capacidad civil:
   - En la imputabilidad el estudio es retrospectivo, si la alteración de facultades se ha producido en un tiempo pretérito, en el momento de la acción, mientras que en la capacidad civil el estudio es del presente, en el momento del reconocimiento, y el futuro, que sea permanente, independientemente del momento en que se produjera dicha alteración (adquirida o desde el nacimiento).
   - En el caso de la imputabilidad puede tratarse de un trastorno mental permanente o transitorio, mientras que en el caso de la capacidad civil sólo pueden considerarse trastornos mentales con pronóstico de permanencia.

   No obstante, el criterio de permanencia del proceso no excluye la posibilidad de discontinuidad con la presencia de intervalos lúcidos que, a efectos jurídicos e incluso médicos, carecerían de importancia para impedir o excluir la incapacidad.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

A su vez, no han de confundirse los trastornos mentales con afección permanente de la inteligencia y/o la voluntad, que cursan con intervalos lúcidos, y los trastornos mentales crónicos y permanentes que cursan en brotes, sólo en los cuales están afectadas las facultades del sujeto; se trata de casos justamente opuestos. En el primer caso, el sujeto siempre será «discapaz», salvo en los intervalos lúcidos (p. ej., demencias), mientras que en el segundo caso, el sujeto puede que siempre sea «capaz», salvo en el curso de un brote (p. ej., esquizofrenia paranoide aguda o trastornos bipolares).

3. *Criterio cuantitativo:* el estado mental presente ha de ser de tal profundidad o intensidad en la afectación de las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto que le impidan el gobierno de su persona y/o bienes. Y en este caso también, al igual que en la imputabilidad, puede existir una gradación ya que, dependiendo de la profundidad del trastorno y de sus consecuencias en la persona, la capacidad para la guarda de su persona y/o bienes puede ser parcial o total y, por lo tanto, será el juez, basado en el informe médico, quien establezca los límites.

Enfermedades o deficiencias físicas

El Código Civil no establece cuáles, pero sí que impidan a la persona gobernarse a sí misma y, de igual forma, se entiende que han de ser permanentes. El Código Civil anteriormente hacía referencia de forma expresa a estas enfermedades causantes de incapacitación como «deficiencias orgánicas o funcionales persistentes» (Art. 200. Son causas de incapacitación, siempre que impidan a la persona gobernarse por sí misma: 2. Las deficiencias orgánicas o funcionales persistentes).

Este concepto abarca múltiples enfermedades, si bien entre las más frecuentes podrían hallarse las siguientes:

- *Ceguera:* cuando por sus características impidan al sujeto tener conciencia de la realidad que lo rodea para poder ejercer una voluntad libre y tomar decisiones que afecten a su persona y patrimonio. Excepcional en la actualidad con las posibilidades y los medios de instrucción existentes al alcance de personas con discapacidad visual.
- *Sordomudez:* cuando ésta impida al sujeto relacionarse con las personas que lo rodean y ejercer su voluntad; por deducción propia, cuando no sepan leer ni escribir, pues su capacidad de comunicación y relación será mínima. Al igual que el caso anterior, realmente excepcional en la actualidad.
- *Afasias:* que hagan imposible la expresión de la voluntad, si el sujeto no pudiera expresarse por escrito o de otra forma indubitable.
- *Agnosias:* por la dificultad de comprensión que conllevan para el sujeto que las padece.
- *Estados de parálisis* tales que impidan al sujeto el adecuado contacto con el medio para formarse un criterio o juicio que le permita tomar decisiones sobre su persona y/o sus bienes; situaciones realmente excepcionales.
- *Drogodependencias:* el Código Civil antes hacía referencia de forma expresa a alcoholismo y toxicomanías graves y habituales como causa de

incapacidad (Art. 200. Son causas de incapacitación, siempre que impidan a la persona gobernarse por sí misma: 3. El alcoholismo y la toxicomanía graves y habituales). En estos casos es preceptivo que haya procesos psicoorgánicos resultantes en los que la inteligencia y la voluntad estén afectadas y que alteren la capacidad de decidir libremente. Será el perito médico quien ha de valorar el grado de dependencia, adicción, tiempo de exposición y efectos en las facultades mentales.
– *Otras:* cardiopatías con graves limitaciones, cuadros neurológicos graves, etc.

Todo se basa en la necesidad o el requerimiento de la capacidad de obrar de dos personas para establecer un acuerdo, quienes han de conocer la oferta, tomar una decisión y poder expresarla de forma clara y terminante como manifestación de su voluntad.

El objetivo principal será establecer el diagnóstico de enfermedad o deficiencia, su repercusión en la capacidad de conocer y actuar según lo conocido y su permanencia, en el sentido de ser irrecuperable, o permanente por un tiempo prolongado, y sobre estas bases el juez establecerá los límites.

PRUEBA DE «INCAPACIDAD»

Entre los medios de prueba para evaluar la capacidad de una persona, la Ley de Enjuiciamiento Civil establece los siguientes (Arts. 752 y 759):

1. Declaración de los parientes más próximos al presunto discapaz.
2. Examen del presunto discapaz directamente por el juez.
3. Dictamen de un facultativo.
4. Pruebas decretadas de oficio por la autoridad judicial, a su propia instancia o propuestas por las partes.
5. Intervención del Ministerio Fiscal, que velará por los intereses del presunto discapaz.

Así pues, la peritación médica a llevar a cabo ha de ser minuciosa e incluir:

1. Examen de los hechos que sirven de base para promover la declaración de incapacidad.
2. Anamnesis exhaustiva que incluya antecedentes personales y familiares.
3. Exploración minuciosa psicofísica.
4. Análisis de todos los informes y documentos médicos aportados al procedimiento relativos al estado mental del presunto discapaz, así como la petición de oficio de cuantos datos complementarios sean necesarios.
5. Entrevistas con familiares, allegados, personal cuidador, etc.

Con todos los datos obtenidos, hemos de poder concluir sobre:

1. Diagnóstico de enfermedad o deficiencia física o psíquica.
2. Inicio de la enfermedad diagnosticada y evolución hasta la fecha.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

3. Permanencia de los mismos.
4. Derechos que el sujeto en cuestión debe defender o deberes que cumplir.
5. Dictamen final sobre capacidad del sujeto para poder gobernarse a sí mismo y/o sus intereses.

Con los medios de prueba señalados, el juez dictará sentencia que, si es declaratoria de incapacidad, determinará la extensión y sus límites, así como el régimen de tutela para con la persona discapaz.

No obstante, tanto las resoluciones judiciales como la intervención de la Fiscalía, así como los informes médico-forenses, en la actualidad deben tener en cuenta lo establecido en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Núñez Bolaños, 2009). La «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad», impulsada por Naciones Unidas, fue celebrada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y se acompaña de un Protocolo Facultativo. Cuenta con 143 signatarios y 87 en su Protocolo Facultativo, así como 75 y 48 ratificaciones respectivamente (Naciones Unidas, 2009). España ratificó en 2008 la Convención (Jefatura de Estado, 2008) y su Protocolo Facultativo (Jefatura de Estado, 2008 b), en vigor desde el 3 de mayo de 2008.

Por ello, el Ministerio Fiscal, a través de la Sección de Protección de las Personas con Discapacidad, en su solicitud de prueba pericial médica, marca el ámbito del informe facultativo, que al menos debe referirse a los siguientes extremos (Núñez Bolaños, 2009):

1. Enfermedad o deficiencia psíquica que le afecta, determinando clase y pronóstico.
2. Efectos de las referidas enfermedad o deficiencia, en cuanto a la capacidad de la persona presuntamente incapaz para el adecuado gobierno de su esfera personal y patrimonial, con delimitación de las habilidades funcionales a las que afecta, y referidos principalmente a las siguientes áreas:
   a) Habilidades de la vida independiente:
      – Autocuidado: aseo personal, vestirse, comer, desplazarse, etc.
      – Instrumentales cotidianas: comprar, preparar la comida, limpiar la casa, telefonear, respuesta ante la necesidad de ayuda, etc.
   b) Habilidades económico-jurídico-administrativas:
      – Conocimiento de su situación económica.
      – Capacidad para tomar decisiones de contenido económico: seguimiento efectivo de sus cuentas corrientes, ingresos y gastos.
      – Capacidad para otorgar poderes a favor de terceros.
      – Capacidad para realizar disposiciones testamentarias.
      – Capacidad para el manejo de dinero de bolsillo: gastos de uso cotidiano de carácter menor.
   c) Habilidades sobre la salud:
      – Manejo de medicamentos.
      – Seguimiento de pautas alimentarias.
      – Autocuidado: cuidado de heridas, úlceras, etc.
      – Consentimiento del tratamiento.
   d) Habilidades para el transporte y el manejo de armas:

- Capacidad para la conducción de vehículos.
- Capacidad para el uso de armas.

e) Habilidades en relación con este procedimiento:
- Conoce el objeto de este procedimiento.
- Conoce sus consecuencias.

f) Capacidad contractual: conoce el alcance de préstamos, donaciones, cualesquiera actos de disposición patrimonial.

Este protocolo seguido por el Ministerio Fiscal se basa en el «constructo de Grisso» (Grisso, 1986, 2003). Dicho constructo es genérico en su planteamiento, utilizable en evaluaciones forenses de diversos ámbitos (Grisso las concreta en capacidad procesal, imputabilidad, capacidad parental, incapacidad civil y consentimiento de tratamiento), por lo que pueden adaptarse a la incapacidad civil con una serie de preguntas sobre áreas de funcionamiento personal relevantes: vida independiente, económico-administrativo, salud y transporte (Calcedo Ordóñez, 2007).

Para informar en estos casos, podemos adaptar el «Informe de imputabilidad», visto en otro capítulo al cual nos remitimos, a «Informe de discapacidad» de la siguiente manera:

1. Motivo de reconocimiento.
2. Anamnesis: sustituir ingresos en centros penitenciarios/psiquiátricos por ingresos en centros psiquiátricos/residenciales/hospitalarios.
3. Exploración.
4. Diagnóstico y pronóstico: muy importante referirse a pronóstico, en relación con cronicidad, evolución y respuesta al tratamiento.
5. Consideraciones: en el punto tercero podemos indicar: «Alteración de facultades intelectivas y/o volitivas presente y futura para autogobierno personal y de bienes, con delimitación de las habilidades funcionales a las que afecta, y referidos principalmente a las siguientes áreas…», e informar concretamente conforme a lo requerido por el Ministerio Fiscal según el protocolo expuesto.
6. Conclusiones: podemos variar la última conclusión de la siguiente manera: «Cuarta. Que dicha enfermedad afecta/no afecta a las habilidades funcionales, referidas principalmente a las diferentes áreas indicadas».

REVOCACIÓN DE INCAPACIDAD

Queda expresamente recogido en la Ley de Enjuiciamiento Civil (Artículo 761. Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación).

Así, si por cualquier circunstancia se producen cambios en las condiciones psicopatológicas que sirvieron de base para la incapacitación del sujeto, cambios que supongan una modificación en los requisitos de inteligencia y voluntad para la capacidad de obrar, debe promoverse un expediente de revocación de incapacidad. Debe tenerse en cuenta que no es preciso que se produzca una curación del proceso patológico de base, sino una modificación de sus consecuencias en la capacidad de conocer y obrar, lo cual puede ser suficiente para poder gobernar su persona y bienes.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

PROTECCIÓN DE LOS INCAPACITADOS

Su base legal se establece en el libro primero, título X, del Código Civil, «De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores e incapacitados», Arts. 215-313. De forma resumida, dicha protección se lleva a cabo mediante:

1. *Tutela:* se entiende por tutela «la guarda de persona y bienes, o solamente de la persona o los bienes, de los menores o incapacitados no sujetos a patria potestad». El tutor representa al discapaz y actúa en su nombre, salvo para los actos que pueda realizar solo, que disponga expresamente la Ley o la sentencia de incapacitación. Asimismo, es el administrador legal del patrimonio del discapaz, aunque para ciertas disposiciones relacionadas en la Ley Civil precisa de autorización judicial.
2. *Curatela:* es la tutela patrimonial que, dejando al sujeto la libre administración de sus bienes, restringe la capacidad de disposición con el fin de salvaguardar el patrimonio del tutelado (Gisbert Calabuig et al., 2004).
3. *Defensor judicial:* representa la defensa de los intereses de los discapaces cuando exista conflicto entre éstos y sus representantes legales, tutor o curador. Es nombrado por el juez a petición del Ministerio Fiscal, el tutor o cualquier otra persona capaz de comparecer en juicio.

TRASTORNO MENTAL Y CAPACIDAD DE CONSENTIR

A diferencia de las casos en que la afectación de la voluntad y/o inteligencia de la persona es permanente y por tanto es susceptible de declaración de incapacidad, hay situaciones de trastornos mentales transitorios (intoxicaciones agudas, reacción psicótica, etc.) o descompensación de trastornos mentales permanentes (fase maníaca de un trastorno bipolar, brote agudo de una esquizofrenia, etc.) en los que se produce una afectación transitoria de la capacidad de conocer y obrar según lo conocido, una pérdida puntual de las facultades del sujeto.

Todo acto civil realizado por el sujeto bajo estas circunstancias se invalida o queda anulado por entenderse que se hallaba en una situación de privación de su voluntad o capacidad de conocer y querer, si bien tal estado ha de quedar demostrado.

Desde el punto de vista médico-legal, se trata de casos similares al estudio de la imputabilidad de un sujeto al que se atribuye un acto delictivo; en este caso se sustituye el estudio del presunto hecho delictivo por el estudio de un acto civil llevado a cabo. A diferencia de la incapacitación, en la que interesan los momentos presente y futuro, en estos casos interesa un momento pretérito, lo que exige un estudio retrospectivo similar al que se realiza en la imputabilidad.

INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

El interés de este tema se deriva del hecho de que legalmente la persona internada involuntariamente en un centro psiquiátrico es presuntamente incapaz, si bien de forma transitoria y, como tal, han de protegerse, tutelarse, sus dere-

chos. El primer derecho a tutelar o salvaguardar es el de la libertad y, por lo tanto, el mayor interés deriva de la comprobación de la idoneidad de su internamiento, pues de otra manera podría considerarse una situación de retención ilegal.

Si nos remontamos a los antecedentes sobre la tutela o salvaguarda de derechos de los internados psíquicos, podemos observar que en España, hasta la República, no existía reglamentación al efecto. En las primeras décadas del siglo XX, por la falta de reglamentación y legislación en esta materia, el internamiento de enfermos en los llamados «manicomios» podía ser consecuencia de la voluntad de «retirar de en medio» a personas que «molestaban» en el entorno, o que de alguna manera interesaba «apartarlas» de la vida social con la finalidad de explotación, incapacitarlas para el matrimonio o suprimirles sus derechos civiles; incluso en ocasiones lo utilizaban los propios presuntos enfermos para fines propios como, por ejemplo, librarse de obligaciones como el servicio militar activo en tiempos de guerra.

En este sentido, fue el Gobierno Provisional de la República el que promulgó el 3 de julio de 1931, modificado posteriormente el 27 de mayo de 1932, un decreto regulador en el que se establecían las características de los centros psiquiátricos de internamiento y se regulaba tanto el ingreso como el alta de los enfermos psíquicos. Se establecían tres posibilidades de internamiento:

1. Por propia voluntad del sujeto enfermo, para lo cual los facultativos médicos habrían de determinar que aquél estaba en condiciones de prestar consentimiento.
2. Por indicación médica: el internamiento se llevaba a cabo directamente por prescripción de un facultativo, y el director del centro psiquiátrico estaba obligado a dar parte al gobernador civil de la provincia, así como al juez de Primera Instancia de la población que hubiere sido última residencia del enfermo y, en su defecto, al juez de Primera Instancia del distrito donde estuviera ubicado el centro psiquiátrico.
3. Por orden gubernamental o judicial: en estos casos la orden de internamiento procedía directamente del gobernador civil o del juez de Primera Instancia.

Además, estaba la posibilidad de que el internamiento fuera de urgencia, sin informe médico previo, casos en que el director del centro estaba obligado a comunicarlos al gobernador civil de la provincia en el plazo de 24 horas, así también se establecía un plazo de 6 meses para remitir un informe al juez de Primera Instancia sobre el estudio del paciente ingresado y la necesidad de continuidad o no de dicho internamiento.

La legislación actual, sin embargo, entiende que la protección de la persona presuntamente incapaz, como lo es la internada, es una acción de índole básicamente tutelar y, por lo tanto, corresponde su promoción al estamento jurisdiccional y no al gubernativo. De esta forma, la Ley 13/83, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela, derogó el mencionado decreto regulador que establecía la intervención de dicho estamento gubernativo, a través de los gobernadores civiles, y confió a los jueces de Primera Instancia la protección o tutela transitoria de los enfermos mentales precisados de internamiento, actuación que quedaba recogida en el Art. 211 del Código.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Éste vuelve a ser derogado por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que establece (cuarto, Título I, capítulo II «De los procesos sobre la capacidad de las personas»):

Art. 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

   La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

   En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.
2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

   En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.
4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

   Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

   Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Así pues, el internamiento no voluntario de la persona presuntamente incapaz, pues se supone a priori que no es capaz de decidir sobre sí misma, puede realizarse de dos formas:

1. *Internamientos involuntarios ordinarios:* autorizados por orden del juez de Primera Instancia del partido judicial al que corresponda el domicilio de la persona a ingresar, y para ello ha de cumplirse o llevarse a cabo:
   - Examen de la persona presuntamente incapaz directamente por el juez, al igual que en los casos de incapacitación.
   - Oír dictamen de un/a facultativo/a designado/a por la autoridad judicial, sobre la necesidad del internamiento. La autoridad judicial puede recurrir a cualquiera de su elección, por ejemplo, psiquiatra responsable de la evolución y tratamiento del/la paciente, pero generalmente dicho juicio médico se solicita a médicos forenses, alegando a su objetividad como parte imparcial en su consideración de perito médico oficial y la disponibilidad, para asegurar así la garantía y celeridad del dictamen. Sin intención alguna de contradecir criterios jurídicos, consideramos perfectamente posible y acertada la elección del/de la psiquiatra responsable del/la paciente como facultativo para informar del motivo de ingreso, tratamiento y evolución, si se quiere el/la jefe responsable de la unidad, cuando se trata de centros de sanidad públicos, debiéndose dejar la actuación de médicos forenses para los casos de internamientos en residencias o centros privados.
2. *Internamientos involuntarios urgentes:* se realizan en los casos en que la urgencia deriva de que un retraso del internamiento puede ocasionar graves perjuicios para el/la paciente o el entorno familiar o social en el que se desenvuelve. En estos casos el internamiento se realiza sin autorización judicial previa, pero dándose cuenta lo antes posible a la autoridad del partido judicial donde radique el centro de internamiento, siempre dentro de un plazo de 24 horas, internamientos que deben ser ratificados por aquélla, con asistencia de facultativo médico, dentro del plazo de 72 horas.

En uno u otro caso, es decir, siempre que se proceda a un internamiento involuntario, la autoridad judicial debe poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal para que éste promueva la declaración de incapacidad si lo estima necesario y no existieren los llamados naturalmente a hacerlo, que son los parientes de la persona internada según su grado de parentesco. Pero, además, también corresponde a la autoridad judicial vigilar y tutelar el internamiento en caso de que se prolongue, para lo cual debe recabar información del propio centro de internamiento para resolver sobre la conveniencia de continuidad o interrupción del internamiento. En todo caso, debe interesar esta información cada 6 meses y con esta base acordar o no la continuación del internamiento.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

A modo de ejemplo, en Andalucía, en el marco de la defensa de las personas, la *Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos* (Defensor del Pueblo Andaluz, 2009) interesa como requisitos para el ingreso involuntario:

- Trastorno psíquico médicamente constatado.
- La gravedad del trastorno deberá hacer aconsejable la medida de internamiento.
- La prolongación del internamiento estará supeditada a la persistencia de dicho trastorno.
- No es necesario que exista procedimiento judicial sobre la capacidad de las personas.

Asimismo, establece una serie de derechos que deben garantizarse a la persona internada y dos tipos de ingresos:

1. Hospitalarios: distingue los legalmente establecidos como ordinarios y urgentes.
2. Ingresos en centros residenciales.

Respecto de éstos, el Defensor del Pueblo Andaluz considera que «Por analogía con el procedimiento de hospitalización involuntario se debe solicitar autorización judicial, en idénticas condiciones que aquél, cuando proceda la asignación involuntaria de residencia». «Con carácter general, para internar en centros residenciales a personas que no estén en condiciones de decidirlo, se exige con carácter previo la correspondiente autorización judicial.»

Todo ello según el Art. 763 de la LEC, antes visto, y el Art. 45 de la «Ley de atención y protección a las personas mayores» (Ley 6/1999), que establece:

«Art. 45. Ingresos en centros residenciales»:

1. Ninguna persona mayor podrá ser ingresada en un centro, sin que conste fehacientemente su consentimiento. En los casos de incapacidad presunta o declarada en los que no sea posible tal consentimiento, se requerirá autorización judicial para el ingreso.
2. Los responsables de centros residenciales que advirtieren en una persona mayor ingresada la concurrencia sobrevenida de circunstancias determinantes de su incapacitación deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
3. Ninguna persona mayor podrá ser obligada contra su voluntad a permanecer en un centro residencial, salvo en los supuestos en que medie resolución judicial.
4. Los servicios de inspección velarán por el cumplimiento de lo dispuesto en los apartados anteriores e, igualmente, podrán solicitar del interesado que ratifique la voluntariedad de su estancia, mediante entrevista personal mantenida sin la presencia de familiares ni de representantes del centro.

En dicho marco legal, la *Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos* (Defensor del Pueblo Andaluz, 2009), sobre el internamiento involuntario en centro residencial, establece pautas para lo que podemos considerar tres tipos de situaciones:

- *Internamientos ordinarios:* «El internamiento se deberá solicitar, por los familiares o los servicios sociales o sanitarios, en el decanato de los juzgados de la población donde reside la persona con discapacidad», y «Dicha solicitud se deberá acompañar del informe médico y social que lo recomiende, y la documentación que justifique la disponibilidad de la plaza residencial e indicación expresa de la población y el centro donde se va a llevar a cabo el internamiento».
- *Internamientos urgentes:* «En situaciones de extrema urgencia y desvalimiento personal, se podrá internar en centro residencial a personas que no se encuentran en condiciones de decidirlo por sí mismas, sin autorización judicial previa. El responsable del centro tiene la obligación de comunicar dicho ingreso al juzgado del lugar donde radique el centro en un plazo máximo de veinticuatro horas, con el fin de que se ratifique judicialmente dicho internamiento (Art. 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil)».
- *Internamiento tras ingreso voluntario:* «En los casos que, tras haber ingresado voluntariamente la persona en el centro, se detecte pérdida de su capacidad de decisión, los/as responsables del centro deberán regularizar este internamiento, solicitándolo a la autoridad judicial del lugar donde radique el centro, acompañando a la petición informe social y sanitario (Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y Art. 45.2 de la Ley de atención y protección a las personas mayores). Todo ello sin perjuicio de ponerlo en conocimiento de la Fiscalía a fin de analizar la concurrencia o no de causa para iniciar el procedimiento de incapacitación».

TESTAMENTIFACCIÓN

La testamentifacción es «la facultad de disponer por acto de última voluntad o de recibir herencia o legado» (Real Academia Española, 2001). Posee o abarca, pues, una doble facultad de cualquier persona jurídica, que es la de poder testar o realizar testamento o la de recibir una herencia por persona que realiza testamento.

A su vez, la capacidad de testar es la facultad de una persona jurídica para poder realizar un acto de última voluntad, testamento, disponiendo sobre sus bienes y asuntos tras su muerte. Así pues, precisa previamente de capacidad de obrar.

Un testamento, en términos jurídicos, como ya hemos indicado, es una declaración por la cual una persona deja dispuesto en vida, pero será efectivo tras su muerte, sobre sus bienes. Posee las siguientes características (Gisbert Calabuig et al., 2004):

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

1. Revocabilidad: en efecto, puede ser revocable, es decir, anulado, enmendado o sustituido por orden o fallo de una autoridad distinta de quien había testado.
2. Asume eficacia sólo después de la muerte de quien lo realiza, quien dispone.
3. Unilateralidad, ya que es un acto civil realizado por una única parte, que es la que deja dispuesta su última voluntad.
4. Su contenido puede ser diverso, pues se puede dejar dispuesto sobre su fortuna y bienes, así como sobre asuntos de interés para el que lo realiza, independientemente de su validez posterior.
5. Libertad, ya que la disposición ha de realizarse sin interferencia de voluntad ajena, es decir, ha de existir plena libertad de voluntariedad.

LEGISLACIÓN

Desde el punto de vista médico-legal nos interesa conocer las facultades físicas y/o psíquicas requeridas por la legislación vigente para poder realizar testamento. Queda regulado por el Código Civil (libro tercero, título tercero, capítulo I, «De los testamentos», Arts. 662-743), del que reproducimos por su interés médico-legal:

Art. 663. Están incapacitados para testar:
a) Los menores de catorce años de uno y otro sexo.
b) El que habitual o accidentalmente no se hallare en su cabal juicio.

Art. 664. El testamento hecho antes de la enajenación mental es válido.

Art. 665. Siempre que el incapacitado por virtud de sentencia que no contenga pronunciamiento acerca de su capacidad de testar pretenda hacer testamento, el notario designará dos facultativos que previamente lo reconozcan, y no lo autorizará sino cuando éstos respondan de su capacidad.

Art. 666. Para apreciar la capacidad del testador se atenderá únicamente al estado en que se halle al tiempo de otorgar el testamento.

Art. 681. No podrán ser testigos en el testamento:
1.º Los menores de edad, salvo lo dispuesto en el artículo 701[1].
2.º Los ciegos y totalmente sordos y mudos.
4.º Los que no estén en su sano juicio.

Art. 685. … También procurarán el notario y los testigos asegurarse de que, a su juicio, el testador tiene la capacidad legal necesaria para testar.

Así pues, los requisitos psicofísicos que establece el Código Civil para poder testar son:

1. En caso de epidemia puede igualmente otorgarse el testamento sin intervención de notario ante tres testigos mayores de dieciséis años.

– No tener menos de 14 años.
– Hallarse la persona en cabal juicio.
– No hallarse en enajenación mental.

Aparte de la mayoría de la edad de 14 años que se establece, por lo que se refiere a facultades mentales la ley no establece claramente las que se requieren, sino de forma genérica establece los términos de «cabal juicio» y «enajenación mental»; con ello indica que no interesa tanto el diagnóstico de enfermedad, sino la capacidad o la incapacidad para conocer y actuar con esa base.

Hay trastornos mentales que no implican que haya incapacidad para testar, mientras que puede darse incapacidad sin que el hecho del trastorno sea esencial, como en el testamento ab irato, en los casos de acentuada sugestibilidad o en los de postración extrema (López Gómez, 1949).

En esta línea, podríamos definir la enajenación mental como la alteración de las facultades intelectivas y/o volitivas de la persona, sea cual fuere la causa, en que queda afectada, en mayor o menor grado, la capacidad de conocer y actuar según lo conocido. Cabal juicio debemos entenderlo como el concepto contrario, considerando muy acertada la definición que establece TAMBURINI que lo define como «la normalidad de la conciencia que permite comprender la importancia y consecuencia de las propias acciones, y la integridad de la voluntad que permite decidirse libremente en las propias determinaciones» (Gisbert Calabuig et al., 2004).

PERITACIÓN EN LA CAPACIDAD DE TESTAR

Esta peritación se puede llevar a cabo en dos circunstancias diferentes, que el sujeto vaya a realizar testamento o bien que ya lo hubiera realizado y haya fallecido:

1. Determinación de la capacidad antes de testar: se pueden presentar a su vez dos situaciones diferentes:
   – Que el notario sospeche una enfermedad mental en el sujeto que va a testar o, tal como establece el Código Civil, que sospeche que el testador no tiene «cabal juicio», en cuyo caso la Ley le autoriza para que, junto a dos testigos, sea el propio notario quien dictamine al respecto y decida sobre dicha capacidad.
   – Que se trate de una persona incapacitada por sentencia judicial la que quiera otorgar testamento, en cuyo caso la Ley establece que el notario debe designar a dos facultativos médicos que reconozcan al testador para analizar su capacidad.
2. Determinación de la capacidad del testador ya fallecido: son los casos indudablemente más complicados, pues el perito médico ha de valorar la capacidad de la persona en el momento de realizar testamento. En estos casos en que, a semejanza con la imputabilidad, se trata de establecer el estado mental en el momento pretérito de los hechos pero, a diferencia de aquélla, no puede reconocerse al sujeto, será más que nada una minuciosa labor de estudio de documentación e informes, que debe incluir, siempre que sea posible, como elementos de juicio:
   – *Antecedentes médicos del sujeto:* han de valorarse informes médicos aportados por familiares o por otras personas, pero también es

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

recomendable recabar información sobre posibles antecedentes en unidades de salud mental de la zona geográfica donde residía la persona.
- *Testimonios:* interesan los aportados por familiares, allegados, conocidos, cuidadores.
- *Testamento:* en ocasiones el estudio del propio testamento puede revelar datos sobre posible capacidad o incapacidad, pues puede demostrar alteraciones o normalidad del pensamiento (ideas delirantes, delirios organizados, falta de coherencia, etc.), el estado de ánimo o la sensopercepción.
- *Actos* (contratos, escritos) realizados por la persona antes y después del testamento.

Por último, hemos de considerar la posibilidad de que también podrían ser objeto de la peritación médica, para determinar su valía, los testigos de la persona que otorga testamento, pues la ley establece las limitaciones físicas y psíquicas para serlo (primero, los menores de edad; segundo, los ciegos y totalmente sordos y mudos; cuarto, los que no estén en su sano juicio).

Supuestos de peligrosidad criminal: aspectos médico-forenses

31

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto de peligrosidad criminal 350
Peligrosidad criminal 351
Peligrosidad potencial (social) 351
Peligrosidad civil 352
Antecedentes legales en el derecho penal español 353
Legislación actual en España 355
Código Penal 355
Ley general penitenciaria y Reglamento penitenciario 359
Supuestos de peligrosidad criminal 360
Informe de peligrosidad criminal 361

La psiquiatría legal o forense, como rama de la medicina legal, se ocupa del estudio del enfermo mental y la problemática que éste plantea en el ámbito del derecho, y su objetivo prioritario es el estudio de la imputabilidad del sujeto por lo que al derecho penal se refiere. Así pues, si se entiende la psiquiatría forense como la psiquiatría en función de la justicia, y su objeto de estudio es el hombre enfermo de la mente, ya sea violador de la normativa jurídica, ya esté necesitado de protección jurídica (Marcó Ribé et al., 1990), estaremos de acuerdo en que, por lo que se refiere al derecho penal, su ámbito de estudio abarca no sólo la imputabilidad, sino toda cuestión que el sujeto enfermo mental pueda plantear al derecho penal en relación con su enfermedad. Es por ello, pues, por lo que el estudio de la peligrosidad de una persona es una cuestión dependiente de la psiquiatría legal siempre que dicha supuesta peligrosidad derive de enfermedad mental.

El Código Penal establece una serie de medidas de seguridad a aplicar por los tribunales en los supuestos de un sujeto declarado inimputable, en beneficio tanto de la propia sociedad como de los derechos del «delincuente no responsable» del acto llevado a cabo bajo ciertas circunstancias, decisiones que se basan a su vez sobre los informes periciales que estimen oportunos los juzgadores. Es por ello por lo que la repercusión del estudio de la peligrosidad criminal de un sujeto, como base del establecimiento o no de medidas que nuestra legislación establece, es de gran trascendencia habida cuenta de sus repercusiones individuales y sociales, importancia que, sin embargo, en

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

la mayoría de las ocasiones pasa inadvertida o se le resta interés por los juzgadores o las partes implicadas.

No obstante, hemos de afirmar que el estudio de la peligrosidad criminal de la persona, o prognosis criminal, no está exenta de dificultades desde el punto de vista médico-legal, no sólo por la trascendencia del resultado de la peritación, como ya hemos indicado, sino por la propia dificultad que entraña el hecho de establecer un pronóstico.

Y es por su trascendencia, fundamentalmente, por lo que exige la interacción o actuación conjunta de peritos médicos y representantes del poder judicial, ya sean fiscales o jueces, a fin de poder afianzar, en la medida de lo posible, este tipo de pronósticos y, con base en ellos, los primeros puedan solicitar y los segundos aplicar las medidas más adecuadas en cada caso, en defensa tanto de los derechos del delincuente como de la sociedad, derechos que pueden hallarse en conflicto. No aplicar medidas adecuadas en un caso determinado puede poner en peligro a la sociedad o, cuando menos, al medio en que se desenvuelve el procesado y, por el contrario, la puesta en marcha de medidas de seguridad, cuando no sean estrictamente necesarias, puede conllevar coartación o limitación de la libertad de aquél.

CONCEPTO DE PELIGROSIDAD CRIMINAL

En primer lugar, hemos de definir qué entendemos por peligrosidad. Ésta se refiere a la «cualidad de peligroso» que, dicho de una persona, es quien «puede causar daño o cometer actos delictivos» (Real Academia Española, 2001). Generalmente el término peligroso conlleva agresividad o violencia potencial, si bien no siempre es así.

Así pues, el interés fundamental va dirigido a la consecuencia, que es el daño, el cual puede ser efectivamente resultado de la aplicación de la violencia, aunque puede ocasionarse daño a las personas, entendiendo éste como la lesión de sus derechos, sin necesidad de ejercer violencia; esta situación igualmente se considera peligrosa. Pero al margen de la consecuencia, no debemos olvidar que se trata de valorar la posibilidad o el riesgo de producirlo, es decir, una contingencia más o menos inmediata o futura.

Por lo que respecta a la violencia, ésta suele unirse a la agresividad, términos que tampoco son similares. García Andrade (1982) afirma que «la criminología gira en torno a la agresividad, que ha de entenderse como una actitud de lucha preformada biológicamente en todo ser vivo, en tanto que la violencia sería producto del medio ambiente, al cargar de valores la agresividad».

Castellano Arroyo (2004) define a su vez la agresividad como «una energía-disposición presente en las personas, que las prepara para la lucha contra los elementos de su mundo circundante. Si dicha energía se canaliza adecuadamente, es un valor positivo, mientras que, cuando se descontrola de la razón y se dirige contra las personas, adquiere un valor negativo». Y la hostilidad, como «la agresividad-conducta», es decir, cuando la agresividad «se trasforma en acción física dirigida contra alguien o algo con intención de causarle daño».

Tomando como base las definiciones de esos autores, podríamos considerar la violencia como la agresividad cargada de valores, dirigida a alguien más allá de su objetivo de lucha-defensa o, dicho de otra forma, una agresividad entendida como valor negativo, en el sentido de no utilizarla como medio para la

sobrevivencia, como consecuencia del instinto de conservación, sino una agresividad, concretada o no en acción física (hostilidad), y que se dirige sin razón contra las personas y el medio.

No obstante, como antes hemos dicho, si bien la consecuencia más temida puede ser la descarga física de agresividad (hostilidad), esto no siempre es así, habiendo pues de considerar como consecuencia el daño que se puede producir, ya sea físico o no, que se define como la lesión de un bien jurídico protegido. Nos interesa pues definir la violencia en su más amplio sentido, como sinónimo de maltrato, definida como «Acción contra el natural modo de proceder» (Real Academia Española, 2001).

Pero no se trata solamente de valorar la existencia o no de violencia y su resultado, sino también de un pronóstico, una valoración de futuro. Uniendo pues estos dos aspectos, consideramos del todo acertada la definición de peligrosidad o estado peligroso que Villanueva Cañadas et al. (2004) establecen, en que se entiende como: «aquel comportamiento del que con gran probabilidad puede derivarse un daño contra un bien jurídico protegido, o como aquella conducta que es reprobada socialmente».

Los mismos autores distinguen entre peligrosidad criminal y peligrosidad social. Nosotros consideramos mejor hablar de peligrosidad criminal, peligrosidad potencial (social) y peligrosidad civil.

PELIGROSIDAD CRIMINAL

Es el riesgo de que una persona que previamente ha cometido un delito pueda de nuevo cometer otro. Se parte del hecho de un sujeto declarado autor de un delito, un hecho sancionado por la ley, y se estudia la posibilidad de la repetición de una nueva conducta delictiva. En nuestra ley, como veremos, se parte de un antecedente de delito y unas circunstancias que lo produjeron (trastorno mental), presentes en la persona sobre la que se intenta dar un diagnóstico de peligrosidad. Pongamos por caso un sujeto con antecedente de homicidio, afecto de una psicosis, sobre el que ha de estudiarse la posibilidad de que vuelva a repetir tal conducta.

PELIGROSIDAD POTENCIAL (SOCIAL)

Se considera el riesgo o probabilidad de cualquier persona de cometer hechos delictivos o cuanto menos socialmente reprobables, en definitiva un daño a la sociedad, el cual puede ser declarado posteriormente delictivo o no.

Lo que la caracteriza es el hecho de que la persona estudiada no tiene antecedente de delito alguno, es decir, puede ser cualquiera, por lo cual preferimos llamarla peligrosidad potencial, y el problema que plantea es doble. Por un lado, no es posible considerarla en un estado de derecho, en el cual ha de primar la presunción de inocencia, así como el derecho a la intimidad, por lo cual difícilmente podría plantearse este tipo de estudio. Y por otro, habría de definirse lo que se entiende por daño social o conducta dañosa para la sociedad, incluso partiendo de la base de que ésta pueda ser delictiva, pues el daño considerado como social puede variar mucho de una sociedad a otra.

Por ejemplo, en países en que está regulada la prostitución, una persona dedicada a regentar un local donde se realiza esta actividad no se puede con-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

siderar que sea peligrosa, ya que no se trata de una conducta delictiva y, además, es socialmente aceptada; el mismo sujeto en países donde no está prohibida, pero socialmente es reprobable, podría considerarse ciertamente peligroso, y ya sería declarado peligroso en potencia en países en que no tiene aceptación social ni legal. Otro ejemplo típico es la supuesta peligrosidad que pueda presentar un sujeto drogadicto, sin antecedente alguno de delito que se le haya imputado y demostrado su participación (juzgado), por el mero hecho de ser drogadicto. Potencialmente es verdad que, a priori, pudiera resultar más peligroso que otra persona, dado el tipo de conducta que lleva a cabo y el ambiente donde se desenvuelve, pero someterlo a un estudio de su potencial peligrosidad sin más justificación que el hecho de ser drogadicto sería violar sus derechos.

Este tipo de peligrosidad es el que en la mayoría de los casos transmiten los medios de comunicación sobre un supuesto delincuente, según sus antecedentes, ni siquiera delictivos, y sin respetar el principio de inocencia y la privacidad que deben prevalecer en un estado de derecho. Es un arma de doble filo, pues si bien es verdad que, realizado de forma seria y científica sobre una persona, podría alertar sobre su potencial de peligrosidad o riesgo de hacer daño, potencial que, en definitiva, podemos presentar a priori cualquier persona según nuestros rasgos de personalidad y/o circunstancias ambientales, también es verdad que, al no quedar justificada por no haber antecedente de delito ni otras circunstancias a tener en cuenta, se violarían los derechos de intimidad y presunción de inocencia.

PELIGROSIDAD CIVIL

Se trata del riesgo que corre cualquier persona de que se vulneren sus derechos o bienes jurídicos cuando no es capaz presumiblemente de guardar su persona y/o sus bienes. En este caso el sujeto declarado «peligroso» lo es en sentido pasivo, no activo, por el riesgo que corre de que se le haga daño, de que puedan ser vulnerados su derechos por la pérdida de su razón; se parte pues de una justificación que motiva el estudio, en este caso de incapacidad, a fin de proteger sus intereses, que es la existencia de una enfermedad que puede estar impidiendo o impida en un futuro su capacidad para gobernar su persona y sus bienes.

Nosotros nos vamos a referir exclusivamente a la «peligrosidad criminal»; descartamos el tema «peligrosidad potencial o social» pues, como ya hemos referido, no debe aceptarse este tipo de prognosis, y dejamos de lado la «peligrosidad civil», ámbito del derecho civil en la persona presuntamente incapaz, que vemos en otro capítulo al que nos remitimos.

A diferencia de la anterior, la peligrosidad criminal entra en el ámbito del derecho penal, y no es intrínseca de una persona que comete un delito por el hecho de haberlo cometido; por lo tanto, el estudio de imputabilidad no lleva implícito consideraciones sobre la peligrosidad criminal del sujeto enfermo mental estudiado, sino que ha de solicitarlas la autoridad que juzga, bien conjuntamente en el mismo estudio de imputabilidad o bien posteriormente en fase de ejecución de la sentencia, a fin de aplicar alguna medida de seguridad. Además, como ya expusimos al inicio, sus repercusiones sociales e individuales son muy superiores, lo cual justifica su estudio en profundidad.

ANTECEDENTES LEGALES EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL

El actual Código Penal español posibilita a los tribunales la facultad de decidir, previa petición de informes, la clase de medida de seguridad que mejor se adapte al sujeto delincuente según el grado de peligrosidad que, por determinadas circunstancias que después comentaremos, pueda presentar. Las medidas de seguridad, tal como se contemplan en la actualidad, fueron recogidas por primera vez en España en el Código Penal de 1928, en el que aparecían estructuradas como consecuencia de delitos y faltas, es decir, como complemento a las penas, por lo que siempre son posdelictuales.

El 4 de agosto de 1933 se promulga en España la Ley de vagos y maleantes, con la que se pretendía una lucha contra el delito basada en un sistema preventivo establecido sobre unas medidas de seguridad que se aplicaban según la peligrosidad predelictual y posdelictual del sujeto. Esta ley no llegó a ser efectiva nunca, entre otros motivos, por la dificultad de aplicación habida cuenta de que se incluía como presupuesto la peligrosidad social, además de la criminal; no se requería la comisión de un delito reconocida por sentencia condenatoria, sino que dichas medidas en teoría podían aplicarse a cualquier sujeto que, dependiendo de una serie de circunstancias, pudiera ser considerado peligroso.

En 1970 se promulga la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de 4 de agosto, que entraría en vigor el 6 de junio del año siguiente, previa promulgación de su Reglamento, de 3 de mayo de 1971, y las Órdenes Ministeriales de 1 y 3 de junio del mismo año, por las que se determinaban y regulaban los establecimientos de rehabilitación, así como el funcionamiento de unos organismos judiciales especiales, los Juzgados de Peligrosidad y Rehabilitación Social. Los requisitos de aplicación de medidas de seguridad establecidas en dicha ley eran la inclusión probada en uno de los supuestos de peligrosidad contemplados en ella y la apreciación de una peligrosidad social; los supuestos más habituales, unos claramente delictivos y otros de clara marginación social, eran los vagos habituales y los mendigos, los ebrios habituales y los toxicómanos, los que mostrasen disposición delictiva previa o notorio menosprecio a las normas de convivencia social, los que se dedicasen a la prostitución, el tráfico de drogas o la entrada o salida del país de personas no autorizadas para ello (Villanueva Cañadas et al., 2004).

La peligrosidad social había de determinarla el juez de los Juzgados de Peligrosidad y Rehabilitación sobre la base de un informe que, de ordinario, se solicitaba al médico forense. De esta forma, la apreciación y límites de la peligrosidad potencial de la persona quedaba en manos de la autoridad judicial en función de un concepto tan relativo como lo es el de peligrosidad social, la cual no se deduce o pronostica sobre una base objetiva como es la comisión previa de un delito y las características propias del sujeto (personalidad, enfermedad mental, etc.), como sucede en la peligrosidad criminal, sino que depende de circunstancias personales, familiares, sociales y otros múltiples factores, lo que determina la subjetividad y relatividad del concepto.

Al igual que otros antecedentes legales, su aplicación no fue efectiva y se convirtió más que otra cosa en la aplicación de medidas de represión. Según Villanueva Cañadas et al. (2004), trabajos llevados a cabo en la cátedra de medicina legal de Granada sobre sujetos expedientados por dicha ley mostraron

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

que sólo al 20% se les aplicaron medidas de seguridad. A criterio de los mismos autores, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social adolecía de una serie de problemas fundamentales:

1. No aseguraba garantías individuales al sancionar hechos no constitutivos de delito.
2. Mezclaba la peligrosidad predelictual y la posdelictual, sancionando hechos que ya venían recogidos en el Código Penal como constitutivos de delito.
3. Planteaba problemas en caso de comisión concurrente de un delito junto a un supuesto de peligrosidad, pudiéndose aplicar medidas penales y de seguridad.
4. Planteada bajo unos criterios resocializadores, en defensa de la sociedad, poca rehabilitación social efectiva produjo.

Posteriormente, en la Ley de reforma urgente y parcial del Código Penal, Ley Orgánica 8/83, de 25 de junio, se produce una innovación específica en el caso de la enajenación mental, ya que se permitía a los tribunales decidir la clase de medida a aplicar que mejor se adecuara a las condiciones del sujeto, sobre la base de informes que previamente solicitasen. No obstante, no solventaba realmente el problema, pues se trataba de una ley sólo parcialmente subjetiva, pues si bien se seguía teniendo en cuenta las características personales del sujeto como factores modificadores de la pena (por ejemplo, podría hallarse a un sujeto inimputable si se demostraba un trastorno o enfermedad mental importantes que hubiera alterado sus facultades en el momento de los hechos), sin embargo, no se tenían en cuenta los factores subjetivos a la hora de aplicarla.

Sólo mediante la entrada en vigor del actual Código Penal es cuando se establece una reforma total en cuanto a medidas de seguridad basadas en la consideración de la peligrosidad criminal del sujeto, por cuanto a requisitos, supuestos y aplicación se refiere, aparte de otras muchas modificaciones que establece como, por ejemplo, la reforma total de las penas. Mediante ella se deroga de forma expresa la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social.

Pero la peligrosidad criminal del sujeto no sólo sirve de base a la aplicación de medidas de seguridad o de penas, sino que ha de considerarse también, dentro del marco de la Ley General Penitenciaria (Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre), como índice pronóstico de la reeducación y reinserción social de los penados. La intervención terapéutica y evaluadora sobre éstos es llevada a cabo por los equipos de valoración y tratamiento, cuyos dictámenes, entre otros fines, cuentan con el pronóstico de peligrosidad presente y futura del delincuente interno, dictámenes que servirán de base a los jueces de vigilancia penitenciaria, como después comentaremos (aparte de los que puedan solicitarse de oficio a los médicos forenses, a través de los Institutos de Medicina Legal, por los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria).

Dicho modelo tiene su inicio en el Reglamento de los Servicios de Prisiones, aprobado por Decreto de 2 de febrero de 1956 (Ministerio de Justicia, Dirección General de Prisiones), que en su artículo 28 disponía: «Recibido en la prisión el testimonio de la sentencia y liquidación de condena, el director del establecimiento redactará una hoja de condena para cada penado, que remitirá a la Dirección General, juntamente con la ficha clasificadora en la que se recoja el

informe del comportamiento y los varios aspectos, biotipo psicológico, pedagógico, correccional, moral, social y psicotécnico, conforme al juicio de observación que desde su ingreso en el establecimiento haya merecido el recluso de referencia. El Centro Directivo, a la vista de estos datos, dispondrá su traslado a la prisión que le corresponda».

Con posterioridad, el Decreto sobre modificación de determinados artículos del Reglamento de los Servicios de Prisiones de 2 de febrero de 1956 (Decreto 162/1968, de 25 de marzo), en su exposición de motivos afirma que «Se encomienda a unos servicios cualificados, integrados en equipos, bajo cuyo impulso actuarán todos los funcionarios de la plantilla, la necesaria observación de los internos como base para su separación en los grados que se prevén en los establecimientos de ingreso y a los fines ulteriores, una vez recaída sentencia firme, de su clasificación y destino al establecimiento de cumplimiento que resulte más idóneo para la aplicación del tratamiento que requieran, también a cargo de equipos especializados. Para completar la labor de dichos equipos, orientar e impulsar su funcionamiento, se prevé asimismo la creación de una Central de Observación».

Por último, la Ley sobre reestructuración de los cuerpos penitenciarios (Ley 39/1970, de 22 de diciembre) crea el «Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias», cuyos funcionarios «realizarán las funciones propias de su especialidad en materia de observación, clasificación y tratamiento de los internos, así como las de dirección e inspección de las instituciones y servicios. Deberán poseer título de enseñanza superior universitaria o técnica y acreditar los conocimientos de la especialidad de que se trate».

LEGISLACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En relación con la peligrosidad criminal de la persona desde el punto de vista de la medicina legal, es decir, cuando la peligrosidad criminal, entendida como actitud o conducta del ser humano, plantee problema al Derecho Penal, hemos de referirnos a la consideración que de ella se hace en el Código Penal actual, así como en la Ley General Penitenciaria, en relación con las funciones que encomienda a jueces de vigilancia penitenciaria, casos ambos en que pueden requerir de la medicina legal y forense asesoramiento sobre el pronóstico de peligrosidad criminal que pueda presentar.

CÓDIGO PENAL

El actual Código Penal deroga expresamente la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (disposición derogatoria primera) y sólo admite la posibilidad de peligrosidad criminal de la persona, basada en la comisión de un delito previo y que por determinadas circunstancias pueda considerarse que reúne requisitos de peligrosidad, y puede imponer una serie de medidas de seguridad en defensa de la sociedad.

Pero, a su vez, no sólo salvaguarda los principios de presunción de inocencia y de intimidad, que podrían verse vulnerados en la antigua legislación que contemplaba la posibilidad de peligrosidad social, sino que además dota a las medidas de seguridad de garantías constitucionales y procesales, pues su imposición precisa de una peligrosidad criminal probada, están perfectamente

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

especificadas y se determina en cada caso concreto su duración. Se acaba con las anteriores leyes que dependían de la consideración de individuo supuestamente peligroso según un concepto puramente arbitrario y subjetivo, como el de peligrosidad social.

Los requisitos para la aplicación de las medidas de seguridad son que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito y que del hecho y de las circunstancias personales de aquél pueda deducirse un pronóstico o probabilidad de comportamiento nuevamente delictivo (peligrosidad criminal o posdelictual).

Todo lo referente a medidas de seguridad queda recogido en los artículos 6 y 95 a 108 del Código Penal. De una forma muy sucinta podríamos resumir su contenido de la forma siguiente:

Art. 6. Establece los presupuestos en que deben basarse las medidas de seguridad que son la peligrosidad criminal del sujeto y la posdelictualidad y limita su duración y penosidad.

Art. 95. Establece igualmente los presupuestos de peligrosidad criminal y posdelictualidad para que el juez, previos informes que estime oportunos, aplique las medidas de seguridad y, asimismo, determina que las medidas de seguridad privativas de libertad no pueden imponerse cuando la pena que correspondiera al hecho cometido no sea privativa de libertad.

Art. 96. Establece las medidas de seguridad privativas de libertad (internamiento en centro psiquiátrico, de deshabituación o educativo especial) y no privativas de libertad (prohibición de estancia y residencia en determinados lugares, privación del derecho a conducir vehículos a motor, privación de licencia o permiso de armas, inhabilitación profesional, expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España y las demás establecidas en el Art. 105), algunas de las cuales coinciden con penas.

Art. 97. Regula la terminación de las medidas de seguridad, su sustitución o su suspensión, dictada por el juez o el tribunal sentenciador, a propuesta de los jueces de vigilancia penitenciaria, atendiendo a la evolución del sujeto, fundamentadas en el criterio de que dichas medidas se establecen sobre la base de la peligrosidad del sujeto y no sobre su culpabilidad. Y a estos efectos será el juez de vigilancia penitenciaria el obligado a elevar al menos una vez al año una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta.

Art. 98. Establece la necesidad de que tal propuesta de revisión encomendada a los jueces de vigilancia penitenciaria ha de basarse en los informes de los profesionales que asistan al sometido a la medida de seguridad aplicada.

Art. 99. Alude a la configuración de las medidas de seguridad, al menos las privativas de libertad, como sustitutas de las penas, ya que en caso de concurrencia de medidas de seguridad y penas, aquéllas han de cumplirse primero, y si, una vez terminada, con la ejecución de la pena se previera poner en peligro los efectos conseguidos, se puede proceder a suspender la

pena. En este artículo se entrevé la apuesta del derecho penal español por el denominado sistema «vicarial» entre penas y medidas, sistema que ya se perfiló en sucesivas reformas del código anterior.

Art. 100. Establece las medidas a adoptar en caso de quebrantamiento de las medidas de seguridad.

Art. 101. Establece el supuesto de exención de responsabilidad criminal por alteraciones psíquicas o trastorno mental transitorio (n.º 1 del Art. 20) para internamiento y aplicación de tratamiento médico o educacional (limitada a la duración de la pena privativa de libertad que le hubiera correspondido si el sujeto hubiera sido declarado responsable) o una medida no privativa de libertad.

Art. 102. El presupuesto que aquí se establece es la exención de responsabilidad por intoxicación plena de bebidas alcohólicas o drogas o por la concurrencia de un síndrome de abstinencia (n.º 2 del Art. 20), circunstancias en las que, de igual forma, puede imponerse el internamiento en centro de deshabituación o medidas no privativas de libertad.

Art. 103. El supuesto es la exención de responsabilidad por alteraciones de la percepción desde el nacimiento o la infancia, con posibilidad de aplicación de internamiento en centro educativo especial o medidas de las establecidas en el apartado 3 del Art. 96, no privativas de libertad.

Art. 104. Establece el supuesto de exención incompleta de responsabilidad en relación con los n.os 1, 2 y 3 del Art. 20, es decir, de los supuestos anteriores, para aplicación de medidas de seguridad contempladas en los tres artículos anteriores, además de la pena correspondiente, habiéndose de cumplir primero la medida de seguridad, e incluso ésta puede sustituir a la pena como ya establecía al Art. 99.

Art. 105. Establece una serie de medidas no privativas de libertad que, en los casos anteriores de exención completa o incompleta de responsabilidad criminal por los n.os 1, 2 y 3, pueden sustituir a la medida de internamiento, por lo que el juez puede aplicar razonadamente una o varias, limitadas temporalmente en 5 años (sumisión a tratamiento externo en centros médicos o de carácter sociosanitario, obligación de residir en territorio determinado, prohibición de residir en lugar o territorio, prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas, sometimiento a cuidado y vigilancia de un familiar o sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares) o en 10 años (privación de licencia o permiso de armas, privación de derecho de conducción de vehículos a motor y ciclomotores).

Art. 106. Se establece la necesidad de asistencia social adecuada para asegurar el éxito de la medida de seguridad.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Art. 107. Establece la posibilidad de inhabilitación para el ejercicio de determinado derecho, profesión, oficio, industria o comercio, cargo o empleo, como medida de seguridad, en los casos de exención de responsabilidad por inimputabilidad en relación con los n.os 1, 2 y 3 del Art. 20, cuando el sujeto haya cometido el delito con abuso de dicho ejercicio o en relación con él. Se regula aquí una forma similar en consonancia con las penas accesorias de inhabilitación que establece el Art. 54.

Art. 108. Establece la posibilidad de expulsión del territorio español a los extranjeros residentes no legales como medida sustitutiva de las medidas de seguridad que se les pudieran aplicar en su caso.

Aparte de las medidas de seguridad a aplicar como consecuencia de exención completa o incompleta de responsabilidad, y sobre la base de la peligrosidad posdelictual del sujeto, se establecen otros supuestos contemplados en el Código Penal:

Art. 57. Contempla la aplicación para determinados delitos (de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico), atendiendo a la gravedad de los hechos y la peligrosidad del sujeto, de penas accesorias como la prohibición de que el reo vuelva al lugar en que ha cometido el delito, o acuda a aquél en que resida la víctima o su familia.

Art. 78. Establece que en los casos en que la pena a cumplir fuera inferior a la mitad de la suma total de las impuestas (según las limitaciones establecidas en el Art. 76), «previo pronóstico individualizado y favorable de reinserción social y valorando, en su caso, las circunstancias personales del reo y la evolución del tratamiento reeducador», el juez de vigilancia penitenciaria podrá acordar que los beneficios penitenciarios, los permisos de salida, la clasificación en tercer grado y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran a la totalidad de las penas impuestas en las sentencias. No se refiere específicamente a la peligrosidad criminal, pero la concepción de ésta va implícita en la condición necesaria de que debe existir un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social.

Art. 80. En su punto 1 establece la posibilidad de dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad inferiores a dos años (bajo ciertas condiciones establecidas en el artículo siguiente) atendiendo fundamentalmente a la peligrosidad criminal del sujeto.

Art. 90. Establece las circunstancias necesarias para decretar la libertad condicional de los penados; la tercera de ellas es «que hayan observado buena conducta (los penados), y exista respecto a los mismos un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, emitido por los expertos que el juez de vigilancia estime convenientes». De igual forma, no se refiere específicamente a la peligrosidad criminal, pero la concepción de ésta va implícita en la condición necesaria de que haya un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social.

LEY GENERAL PENITENCIARIA Y REGLAMENTO PENITENCIARIO

También considera la peligrosidad criminal como base para la aplicación de beneficios y otros supuestos. En el denominado informe criminológico, que se realiza para cada penado y siguiendo el protocolo establecido, se utiliza el esquema de la teoría de la personalidad criminal que formuló Pinatel (1979) partiendo de los trabajos de De Greef y Heuyer. Desde esta concepción, el diagnóstico de peligrosidad criminal engloba dos conceptos:

1. Capacidad criminal: viene dada por la interacción de los rasgos egocentrismo, agresividad, labilidad e indiferencia afectiva.
2. Adaptabilidad social: valoración que se extrae de variables de personalidad, aptitudes físicas e intelectuales, que permiten al individuo adaptarse al medio en que vive con mayor o menor eficacia.

Dicho informe criminológico, realizado por el denominado Equipo de Valoración y Tratamiento, es preceptivo (aparte de otras condiciones a cumplir en cada caso) para:

- Propuesta de clasificación inicial.
- Acceso a tercer grado.
- Aplicación de tercer grado sin cuarta parte de condena cumplida.
- Aplicación de régimen cerrado.
- Concesión de permisos.

Por lo que respecta concretamente a los jueces de vigilancia penitenciaria, en relación con las funciones que les encomienda la Ley Orgánica General Penitenciaria, en su artículo 76, son necesarios los informes de los equipos técnicos para adoptar la resolución que proceda en los siguientes casos:

1. Para resolver propuestas de libertad condicional de los penados y acordar las revocaciones que procedan (Art. 76.2 b).
2. Para resolver los recursos interpuestos referentes a clasificación inicial y a progresiones y regresiones de grado (Art. 76.2 f).
3. Para acordar lo que proceda sobre las peticiones o quejas que los internos formulen en relación con el tratamiento penitenciario en cuanto afecte a los derechos fundamentales o a los derechos y beneficios penitenciarios de aquéllos (Art. 76.2 g).
4. Par autorizar los permisos de salida cuya duración sea superior a los dos días, excepto de los clasificados en tercer grado (Art. 76.2 i).
5. Para conocer del paso a los establecimientos de régimen cerrado de los reclusos a propuesta del director del establecimiento (Art. 76.2 j).
6. Además de los anteriores supuestos, los jueces de vigilancia pueden solicitar informe a los equipos de tratamiento siempre que deban resolver un recurso, solicitud o queja, de cuestiones que directa o indirectamente se refieran al tratamiento.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Asimismo, los jueces de vigilancia penitenciaria pueden solicitar informes médico-forenses a los Institutos de Medicina Legal, bien para contrastar informes de los equipos de valoración y tratamiento o bien complementarios.

SUPUESTOS DE PELIGROSIDAD CRIMINAL

Aunando todo lo expuesto hasta el momento, podríamos resumir o exponer de forma concisa los supuestos de peligrosidad criminal que, desde el punto de vista médico-legal, interesan, por la posibilidad de que sea requerido por orden del juez o tribunal juzgador, a su instancia o a propuesta de las partes, o por el de vigilancia penitenciaria, informe sobre el diagnóstico de peligrosidad criminal, es decir, realización de una prognosis criminal, dentro del marco que la legislación actual establece. Estos presupuestos son:

1. Para acordar el juez o tribunal juzgador en la sentencia la aplicación de penas accesorias como la prohibición de que el reo vuelva al lugar en que haya cometido el delito o acuda a aquel en que resida la víctima o su familia en determinados delitos (de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico).
2. Para acordar el juez o tribunal sentenciador que los beneficios y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran a la totalidad de las penas impuestas en la sentencia, en los casos en que la pena a cumplir resultase inferior a la mitad de la suma total de las impuestas.
3. Para acordar la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad menores de dos años.
4. Para aplicar por el juez o tribunal medidas de seguridad, privativas o no privativas de libertad, en los supuestos de exención completa o incompleta de responsabilidad por anomalías o alteraciones psíquicas, intoxicaciones por alcohol, drogas o síndrome de abstinencia o alteraciones de la percepción desde el nacimiento.
5. Para que el juez de vigilancia conceda la libertad condicional a los penados que reúnan las condiciones legales necesarias.
6. Para resolver por el juez de vigilancia los recursos interpuestos referentes a clasificación inicial y a progresiones y regresiones de grado, acordar lo que proceda sobre las peticiones o quejas que los internos formulen, autorizar los permisos de salida, conocer el paso a los establecimientos de régimen cerrado y siempre que deba resolver un recurso, solicitud o queja, de cuestiones que, directa o indirectamente, se refieran al tratamiento.

Aparte de esta consideración de presupuestos desde el marco legal, también podríamos exponer los supuestos de peligrosidad criminal desde un punto de vista práctico de la medicina legal, es decir, los casos en que, independientemente de su fin, puede solicitarse un informe sobre la peligrosidad criminal de un sujeto. Podemos considerar tres (Manuel J. Checa González, 1999):

1. Informes de imputabilidad y peligrosidad criminal de forma conjunta, solicitados antes o durante la vista oral del juicio: no es infrecuente que se solicite el estudio de la imputabilidad de un sujeto por una

supuesta enfermedad mental y para unos determinados hechos y que se requiera que se informe conjuntamente sobre su peligrosidad criminal y, en el supuesto de contemplar exención completa o incompleta, qué medidas de tratamiento serían las oportunas —tratamiento ambulatorio, internamiento, etc.— (casos de aplicación de medidas de seguridad).
2. Informes solicitados por jueces o tribunales sobre la peligrosidad criminal de un sujeto previamente declarado exento de responsabilidad, en fase de ejecución de sentencia: existe, pues, un estudio previo de imputabilidad, realizado durante la instrucción, antes o durante la fase oral del juicio. En este caso el estudio de imputabilidad y peligrosidad criminal van separados, si bien el primero servirá de base para el segundo (casos de aplicación de medidas de seguridad).
3. Informes solicitados por jueces o tribunales en fase de ejecución de sentencia sobre sujetos declarados responsables: no hay estudio previo alguno de sus facultades mentales ni de personalidad (casos de aplicación de penas accesorias y los casos de acordar que los beneficios y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran a la totalidad de las penas impuestas en las sentencias).
4. Informes solicitados por jueces de vigilancia sobre peligrosidad criminal en sujetos que se hallan cumpliendo condena: igualmente se habrá de partir de cero en estos casos y solicitar la información que sea precisa, en la que será de gran ayuda la que puedan aportar los equipos de valoración y tratamiento (en los casos de concesión de libertad condicional, resolver recursos sobre clasificación inicial, acordar lo que proceda sobre las peticiones o quejas que los internos formulen, autorizar los permisos de salida, conocer del paso a los establecimientos de régimen cerrado y siempre que se deba resolver un recurso, solicitud o queja, de cuestiones directa o indirectamente referidas al tratamiento).

INFORME DE PELIGROSIDAD CRIMINAL

De los anteriores supuestos expuestos, desde el punto de vista médico-legal, al estudiar la peligrosidad criminal de un sujeto podemos considerar dos posibles situaciones:

1. Estudio de peligrosidad criminal y emisión de informe sobre la base de un estudio de imputabilidad, ya sea de forma simultánea o posterior a este último.
2. Estudio de la peligrosidad criminal de un sujeto sin estudio previo de su estado mental.

Si bien en ambos casos se persigue el mismo fin, no obstante tienen connotaciones diferentes, pues en el primer caso la prognosis criminal se basará primordialmente en la cuestión patológica de enfermedad y la alteración que ésta produzca en la forma de conocer y actuar, y en el segundo caso, el estudio se basará principalmente en la «personalidad» del sujeto mentalmente sano.

Aparte de esto, no se ha de confundir un estudio con otro, pues la prognosis criminal, al igual que sucede en los casos de incapacitación en el ámbito civil,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

se refiere a la capacidad del sujeto de obrar en los momentos presente y futuro, mientras que en el estudio de imputabilidad interesa un momento pretérito. Paradójicamente, cuando se solicitan ambos estudios en el mismo informe, nos referimos a la actuación del sujeto en un pasado y, a su vez, sobre su posible actuación en un futuro.

Si bien es verdad que podríamos considerar el abordaje del estudio de la prognosis criminal de forma diferente en caso de tratarse de estudio combinado de peligrosidad e imputabilidad o de estudio previo de imputabilidad, o bien sin la base de éste, se propone un modelo de estudio común, a utilizar en todos los casos, ya que, cuando haya un estudio previo de imputabilidad ya tendremos la mayor parte de los datos, y en caso de no existir, por ser el sujeto imputable o tratarse de un estudio conjunto de peligrosidad-imputabilidad, el estudio a realizar será en todo caso completo.

Se puede seguir el mismo modelo de estudio psiquiátrico que se emplea en el estudio de imputabilidad, visto en otro capítulo al cual nos remitimos, si bien reforzando diferentes aspectos encaminados a evaluar la peligrosidad sobre la base o no de trastorno mental que altere sus facultades intelectivas o volitivas.

En relación con los **antecedentes de hecho**, aparte de su importancia en el estudio de imputabilidad, como ya vimos, y al margen de que ésta haya de estudiarse, interesa este punto para estudiar la forma de actuar del sujeto en determinada situación o ambiente y evaluar su peligrosidad. La forma en que comete el delito o los delitos (circunstancias, si iba acompañado o no, cómo lo lleva a cabo, si lo premeditó o no, etc.), si éstos son de tipo violento o no (la violencia puede ser la constante de la forma de actuar del sujeto en ocasiones sin base patológica), la diferente tipología de delitos o, por el contrario, la unicidad y reincidencia, la simplicidad o complejidad, etc., nos darán información valiosísima sobre la capacidad de juicio, inteligencia, personalidad y peligrosidad del sujeto, aparte de datos sobre posible trastorno mental. Por ejemplo, es típica la simplicidad de los deficientes mentales o *borderline,* en ocasiones utilizados por otros sujetos, la capacidad de organización y previsión de los antisociales o histriónicos, la perseverancia de los paranoides, la violencia de los antisociales, psicóticos, con estados delirantes o alucinatorios.

En caso de trastorno mental, toxicomanías o deficiencias psicofísicas, veremos si la continuidad de la carrera delictiva, su reincidencia, violencia ejercida, etc., se relacionan con el estado patológico o, por el contrario, son independientes. En ocasiones hay que considerar que el estado mental, o antecedente en este sentido, se antepone como excusa de toda actividad delictiva, como una especie de carta verde para delinquir y eximirse después de responsabilidad, cuando en verdad el tipo de delito no se relaciona con el estado mental del sujeto.

En la **anamnesis**, especial mención merece aquí de forma específica para la prognosis criminal el ambiente social, familiar y laboral en que se desenvuelve el sujeto, con el fin de determinar la influencia de la herencia y el medio en la génesis de la delincuencia, para lo cual se intenta de alguna forma reconstruir la historia familiar y personal del sujeto y su carrera delictiva. Será asimismo de especial importancia la psicobiografía como base del estudio de personalidad.

Referido igualmente a la anamnesis, en el apartado de enfermedad actual, en el estudio de prognosis criminal, interesa analizar la enfermedad referida a su pronóstico, y establecer si ella cursa de forma crónica, en brotes y su frecuen-

cia, la capacidad terapéutica, la evolución según su estado actual, si puede tratarse de forma ambulatoria o mediante internamiento en centro psiquiátrico o de drogodependencias. En definitiva, se trata de valorar el estado actual de enfermedad para establecer su evolución y compararlo con el estado anterior y su pronóstico, ya que su estado patológico y su posible peligrosidad pueden estar relacionados.

En la **exploración psíquico-física** consideramos sin más los mismos extremos ya comentados en relación con el estudio de imputabilidad.

Por lo que respecta al apartado de **datos complementarios**, destacamos la importancia de solicitud de informes al centro penitenciario, no sólo a los servicios médicos, sino a los Equipos de Valoración y Tratamiento, a fin de obtener información sobre la clasificación inicial, respuesta al internamiento, estudios de personalidad, comportamiento, actitud ante los funcionarios y ante los demás reclusos, etc., aparte de todos los datos complementarios que se consideren necesarios de los ya referidos en el estudio de imputabilidad.

En relación con el **diagnóstico**, a diferencia de lo que sucede en el estudio de la imputabilidad, en el que ha de dársele el valor que se merece en psiquiatría forense, que no clínica, en el estudio de prognosis criminal por causa de trastorno mental, establecer un diagnóstico puede ser esencial, pues sobre él se establecerá un pronóstico.

Sobre todo el estudio realizado se ha de establecer un juicio acerca de presencia o ausencia de trastorno mental, alteraciones conductuales o trastornos de personalidad, drogodependencias y su grado, si es que éstos son la causa de posible peligrosidad del sujeto, pues nuestro juicio dependerá de su estado actual, pronóstico de curación o remisión, capacidad de modificar conductas o de psicoterapia.

Por lo que se refiere a **consideraciones médico-forenses,** el enfoque varía en relación con el estudio de imputabilidad, pues el objetivo es diferente. Nos interesan sobremanera los siguientes extremos a considerar según todos los datos recogidos hasta el momento:

1. Si la persona puede ser considerada peligrosa y su peligrosidad depende de:
   a) Trastorno mental.
   b) Personalidad.
   c) Factores exógenos sociales y ambientales.
2. Establecer un pronóstico de peligrosidad.
3. No puede ser considerada peligrosa.

En el primer supuesto, hemos de razonar el trastorno y relacionarlo con la posible peligrosidad según los antecedentes que tengamos sobre acciones llevadas a cabo y curso de su enfermedad. En estos casos, su pronóstico irá unido inexorablemente a la capacidad de tratamiento, su respuesta y el pronóstico.

Por lo que respecta a la peligrosidad por la personalidad de base del sujeto, hemos de considerar los casos de trastornos de personalidad (psicopatías) únicos o mixtos o aquellos con determinados rasgos acentuados sin llegar al trastorno que, por lo general, están influidos por el medio que los rodea. Casos típicos son los antisociales o los límites, en que la peligrosidad suele ser eleva-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

da. En todos estos casos, hemos de considerar que los rasgos de las psicopatías por lo general se van atenuando con la edad, y que su pronóstico dependerá de la capacidad de reeducación, que suele ser reducida.

En relación con el sujeto peligroso por factores ambientales y sociales, hemos de considerar la posibilidad de que haya rasgos acentuados de base de personalidad tipo antisocial, drogodependencias o retrasos intelectivos tipo *borderline* o debilidades mentales. En todo caso, dependerá de la posibilidad de poder variar la capacidad de actuación del sujeto mediante otro enfoque de la forma de vivir y capacidad de reeducación: no todo el que padece necesidades o vive en ambientes marginados es delincuente. Ha de modificarse la justificación que dan a su potencial criminalidad. Serían los casos de mejor pronóstico. No obstante, hemos de considerar que en ocasiones la peligrosidad dependerá de factores exógenos que van más allá del ambiente donde vive, como puede ser por convicciones religiosas, políticas, culturales, etc.

En relación con el **pronóstico** sobre la peligrosidad del sujeto, es decir, si el estado peligroso que presenta puede ser perdurable a largo plazo o no, requiere combinar las observaciones clínicas con otra serie de factores educacionales, sociales, laborales, etc., se han presentado multitud de esquemas de pronóstico de reincidencia y tablas de predicción que han intentado dar un enfoque estadístico, si bien tenemos el problema de la variabilidad de la realidad sociológica, educacional y económica de unos países a otros, e igualmente hemos de considerar que estas tablas de prognosis definen a un colectivo y no a un individuo, lo cual da lugar a multitud de errores.

Somos de la opinión de que un estudio clínico adecuado ha de ser la base de toda prognosis criminal, con toda la información complementaria que se requiera (pruebas complementarias, informes de centro penitenciario, equipos de salud mental, servicios provinciales de drogodependencias, etc.), y sobre ésta combinar y manejar los demás factores asociados a tener en cuenta, como los antecedentes de delincuencia, culturales-educacionales, sociales, económicos, laborales, etc. Es, en definitiva, un estudio multidisciplinario que, además de a médicos forenses o legistas, puede implicar a psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesionales de centros penitenciarios y otros.

De acuerdo con todo lo anteriormente expuesto, proponemos, esquemáticamente, el siguiente protocolo a seguir en el estudio de la prognosis criminal (Manuel J. Checa González, 1999):

1. Hallar la causa relacionada (demostrada) con su peligrosidad: como ya hemos dicho antes, podríamos agruparla en trastorno mental, personalidad del sujeto o factores exógenos ambientales (aislados o múltiples).
2. Establecer el estado actual de enfermedad, así como su evolución, pronóstico y capacidad de tratamiento.
3. Evaluar factores ambientales, que actuarían como concausas: relaciones familiares, ambiente donde vive, educación, relaciones laborales, para determinar en todo caso si el sujeto es capaz de cambiar conductas si se modifican las condiciones ambientales.
4. Evaluar la carrera delictiva: edad en que cometió el primer delito, detenciones y motivos, ingreso en centros de menores y/o prisión, capacidad de respuesta al ambiente penitenciario o a las penas impuestas

(capacidad de intimidación), actitud en instituciones cerradas, si durante el cumplimiento de penas se ha tratado la posible causa de peligrosidad y si tras el cumplimiento de las penas la causa de reincidencia es la misma o ha variado.

De igual forma, las **conclusiones**, según los datos estudiados, deben establecerse con los límites de probabilidad y cautela que se estime oportuno. En general, sobre la peligrosidad de la persona deberá concluirse:

- *Primero.* Si puede ser considerada peligrosa.
- *Segundo.* Sobre la causa o causas que son origen de dicha peligrosidad criminal.
- *Tercero.* Pronóstico según la capacidad de modificación de esa causa y los demás factores ambientales que puedan incidir.
- *Cuarto.* En el caso de que se trate de trastornos mentales, qué tipo de tratamiento puede ser el adecuado dada su peligrosidad (ambulatorio-internamiento, centro adecuado, especialista, etc.).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Valoración del daño psíquico

32

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Lesión desde la perspectiva de la medicina legal 369
Concepto de lesión 369
Etiología de las lesiones 369
Clasificación de las lesiones 370
Causas y concausas de las lesiones 372
Criterios de causalidad 374
Concepto de daño psíquico 375
Reacción a estrés agudo 376
Trastorno de estrés postraumático 377
Trastorno de adaptación 377
Valoración del daño psíquico 378
Condiciones de estudio y medios necesarios 378
Criterios 379
Relación causa-efecto 379
Tipo de tratamiento 385
Días de curación e incapacidad 386
Secuelas 387
Protocolo para valoración del daño psíquico 388
Informe de valoración del daño psíquico 390

La valoración del daño psíquico resultante de lesiones es fundamental por ser de aplicación en diversas situaciones muy frecuentes en la práctica diaria, y plantea notables dificultades en su evaluación al estar basada con frecuencia en apreciaciones subjetivas y con muy poca unificación de criterios.

Esta valoración no debe sacarse del contexto al que pertenece, la «valoración del daño corporal», al ser el daño psíquico una lesión más, por lo que debe ajustarse al protocolo general de valoración de las lesiones y sus secuelas. Sin embargo, su contenido psiquiátrico, así como la importancia que cobran factores como el diagnóstico concreto de la lesión psíquica, y la propia dificultad que a veces esto representa, la unicidad de la lesión en ocasiones, su difícil demostración según el agente etiológico, la demostración de la relación causal y la aplicación de técnicas de entrevista y complementarias específicas y propias, hacen precisa su referencia dentro del campo de la psiquiatría forense; nunca

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

olvidemos que es parte de la Medicina Legal y Forense, y a caballo entre aquella y la valoración del daño corporal.

Además, cobra especial relevancia la valoración del daño psíquico en la valoración integral de la víctima de violencia de género desde el punto de vista médico-forense. El daño psíquico, si bien es un resultado final, supone el punto de partida desde el que podemos hacerlo compatible con un supuesto proceso de violencia sufrido. La gran dificultad estriba, al igual que en el resto de los mecanismos de producción, en no ser lesiones patognomónicas de este proceso, aunque sí muy significativas; su inexistencia hace muy difícil poder finalizar una valoración integral con resultado positivo; por el contrario, su existencia no confirma el diagnóstico de víctima de violencia de género, pero hace posible el supuesto (nos remitimos al capítulo «Valoración médico-forense de la víctima de violencia de género»).

Así pues, sin tratarse de forma expresa de una prueba pericial psiquiátrica tal como la entendemos, merece su consideración desde esta perspectiva (en sentido amplio desde la perspectiva de la psiquiatría forense) debido fundamentalmente a:

1. Su pertenencia al campo de la valoración del daño corporal y a su vez a la psiquiatría forense, así como su difícil demostración y relación con el agente causal, ha conllevado que en la mayoría de las ocasiones estas peritaciones, un tanto específicas, hayan caído en el olvido, cuando en realidad es preciso realizarlas, máxime cuando se trata de valoración de víctimas de violencia de género.
2. La importancia creciente que van adquiriendo estas patologías por su intensidad y frecuencia, a las que muchas veces se ha considerado como procesos banales y que, sin embargo, en estudios prospectivos a medio y largo plazo, demuestran que en ocasiones pueden abocar a procesos psiquiátricos de importante envergadura y la posibilidad de subsistir como secuelas.
3. Es preciso mantener unos criterios médico-forenses comunes a la hora de valorar estos procesos, ya que, cuando hay una implicación penal directa de terceras personas, ha de establecerse de forma muy precisa el diagnóstico de la lesión o la secuela presentadas, así como la relación causa-efecto con la agresión (en su más amplio concepto) sufrida. Así, por ejemplo, no es lo mismo, aun con sintomatología muy parecida, el diagnóstico y la valoración del trastorno de estrés postraumático (TEP), que tiene la consideración siempre de una lesión, que el de un trastorno adaptativo (TA), que puede no tener relación con el agente lesivo o presentar relación parcial, por ser resultado de varias concausas, o incluso en ocasiones tratarse de una verdadera lesión. En igual medida la desvalorización, pérdida de autoestima y culpabilidad son características de la víctima de violencia de género, si bien no quiere decir que ésta sea su única causa.

Siendo pues el daño psíquico el resultado de la acción de un agente lesivo, no podemos dejar de referirnos en este capítulo al concepto de lesión y la relación entre ésta y el agente actuante (relación causa-efecto), así como a los conceptos de causa y concausa de las lesiones, para finalmente referirnos concre-

tamente a la forma un tanto especial de llevar a cabo esta peritación psiquiátrica de valoración del daño. Finalmente realizamos una propuesta de protocolo de actuación en estos casos.

LESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA LEGAL

CONCEPTO DE LESIÓN

Este concepto puede abordarse en el campo de la medicina desde diferentes perspectivas:

- Desde el punto de vista anatomopatológico se entiende por lesión toda alteración apreciable de las características anatómicas o histológicas de un tejido u órgano, con o sin repercusión funcional.
- Desde el punto de vista fisiopatológico es lesión toda alteración funcional de órganos y tejidos, con o sin alteración orgánica o estructural. Una arritmia cardiaca por un agente estresante sería una lesión.
- Desde el punto de vista quirúrgico la lesión se circunscribe a la de origen externo, de tipo médico-traumatológico, que igualmente ocasiona una alteración funcional y/o estructural del órgano afecto.
- Desde la perspectiva de la psiquiatría un trastorno psíquico puede ser resultado de la acción de un agente externo, bien por la lesión orgánica que éste desencadene, a la que puede asociarse una alteración orgánica cerebral, o bien porque actúe como agente estresante y se origina una alteración psíquica funcional sin daño orgánico, en cuyo caso hablamos de trastornos reactivos.

Aunando las diferentes perspectivas, desde el punto de vista médico-legal puede considerarse lesión toda alteración anatómica y/o funcional resultante de la acción de un agente externo.

ETIOLOGÍA DE LAS LESIONES

Se denomina etiología en medicina legal al origen del agente externo, es decir, las circunstancias concurrentes de las que proviene. De esta forma una lesión puede ser:

- *Accidental:* el resultado de la lesión se debe a la acción inintencionada de otra persona o a la concurrencia de una circunstancia casual. Pueden constituir imprudencia o negligencia por parte de la persona que, aunque sin intención, de alguna manera es responsable de la lesión originada.
- *Suicida o autoinfringida:* más que suicida, que serían las lesiones mortales causadas por el propio sujeto a sí mismo con resultado de muerte, podemos considerarlas como autolesiones. Pueden ser el resultado lógicamente de un intento suicida sin conseguirlo o, en caso contrario, su motivo principal es buscar un beneficio, lo que puede constituir un hecho tipificado como delito.
- *Criminal u homicida:* al igual que en el caso anterior, reservamos la consideración de homicidas para los casos de lesiones provocadas por una

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

persona con el resultado de muerte de otra. Serían las lesiones originadas por una persona a otra de forma intencionada, con ánimo o no de producir la muerte.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

Las lesiones, según su resultado, pueden ser mortales o no mortales (Gisbert Calabuig, 2004 f), clasificación poco útil en medicina legal y forense por su simplicidad y falta de consideraciones médico-legales.

Es por ello por lo que se utiliza una clasificación basada en su riesgo vital, según el cual las lesiones pueden ser:

- *Lesiones mortales de necesidad:* se considera como tales aquellas en que aun recibiendo toda la atención médica necesaria y de forma inmediata, ésta sería infructuosa, dada la gravedad e irreversibilidad de la lesión, pues de forma irremediable conduce a la muerte. Entre ellas, podemos considerar las lesiones cardiacas o las lesiones de centros nerviosos vitales.
- *Lesiones de riesgo vital:* son aquellas que comprometen la vida del sujeto, pero que una atención médica urgente consigue evitar la muerte. Dicho de otra manera, las que precisan de una actuación médica urgente para salvaguardar la vida del sujeto. Pueden considerarse como tales las lesiones de vasos sanguíneos, como la arteria femoral, algunas lesiones de vena yugular o lesiones pulmonares con resultado de hemotórax y/o neumotórax.
- *Lesiones sin riesgo vital:* serían todas las restantes.

Esta consideración de las lesiones según su riesgo vital es de gran trascendencia penal, por cuanto pueden calificar el delito (delito de lesiones o intento de homicidio), por lo que es esencial no confundir determinados conceptos:

- No son análogos riesgo vital y gravedad de la lesión, conceptos a veces asociados, pero no similares; así, por ejemplo, una herida por arma blanca penetrante en el abdomen, en la que sólo se lesione un asa intestinal o un lóbulo hepático, sin más, no deja de ser grave, pero puede que no haya conllevado riesgo vital.
- No ha de confundirse la necesidad de tratamiento médico ni su carácter más o menos urgente con el tratamiento médico urgente para salvaguardar a toda costa y en primera instancia la vida de la persona; así, en el ejemplo puesto, será preceptiva la realización urgente de una laparotomía exploradora y la reparación de la lesión, pero su retraso en tiempo prudencial no conllevará el mismo riesgo para la vida del sujeto que el retraso que pueda producirse si en el mismo caso anterior, además de asas intestinales, se ha producido la lesión de la vena cava inferior o aorta abdominal, retraso que, siendo mínimo, producirá con toda seguridad la muerte. En este último caso, la propia perfusión intravenosa para mantener la volemia y evitar el *shock* hemorrágico, que puede llevar a cabo un equipo de UVI móvil, ya se considera tratamiento médico urgente.

– En relación con lo anterior, no ha de confundirse la necesidad de tratamiento para evitar la muerte con la necesidad de tratamiento urgente para salvaguardar la vida. Hablamos de muerte inmediata, no diferida. Así, continuando con el caso anterior, no tratar la perforación intestinal conllevará seguramente una peritonitis y ésta, sin tratamiento, conllevará la muerte diferida. En el segundo caso, la falta de atención médica urgente conllevará la muerte inmediata del sujeto por *shock* hipovolémico.

Puede establecerse también una clasificación según la causa de la lesión, en que consideramos las siguientes:

1. De origen mecánico:
   a) *Contusiones:* de primer grado (equimosis por presión o por succión), segundo grado (hematoma, derrames de Morel-Lavallé) y tercer grado (despegamiento de la dermis sobre el tejido celular subcutáneo subyacente, que origina focos de mortificación y necrosis tisular; es frecuente que lleven aparejadas lesiones óseas, vasculonerviosas, viscerales o musculares).
   b) *Erosiones y excoriaciones.*
   c) *Heridas:* incisas, punzantes, contusas, incisopunzantes, incisocontundentes y heridas especiales (por arma de fuego, por mordeduras, por arrancamiento y heridas por fragmentos óseos).
   d) *Fracturas:* abiertas, cerradas y tipos especiales (fracturas por fatiga, fracturas patológicas y por contracción muscular).
   e) *Lesiones por efecto aceleración-desaceleración.*
   f) *Síndrome de aplastamiento.*
   g) *Lesiones por efecto explosivo (blast injury).*
2. De origen físico:
   a) *Lesiones producidas por acción del calor:* efecto local que origina quemaduras (agentes sólidos, líquidos, gaseosos, irradiación, electricidad, efecto directo de llama y quemaduras por roce) o efecto generalizado (insolación, golpe de calor).
   b) *Lesiones producidas por el frío:* lesiones localizadas (ampollas, úlceras, quemaduras o necrosis tisular) o efecto generalizado (hipotermia).
   c) *Lesiones producidas por radiaciones:* lesiones localizadas o generalizadas según el tipo de radiación (nuclear, Roentgent, etc.).
3. De origen químico: acción cáustica local o acción tóxica general.
4. De origen biológico: las producidas por agentes patógenos (virus, bacterias, hongos, parásitos) o sus toxinas.
5. De origen psíquico: lesiones de tipo reactivo:
   a) *Psiquiátricas:* reacción a estrés agudo (REA), TEP, TA, depresiones reactivas, etc.
   b) *Psicológicas:* miedo, frustración, desvalorización, pérdida de autoestima, sentimiento de culpabilidad. No constituyen por sí trastornos psíquicos (psiquiatría), pero han de ser foco de atención terapéutica (psicoterapia) pues conllevan variable daño en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima (sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual). Su valoración es de gran importancia en la violencia de género, por lo que nos remitimos a dicho capítulo.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

CAUSAS Y CONCAUSAS DE LAS LESIONES

Denominamos causa de la lesión, o causa inmediata de la lesión, al factor actuante cuya consecuencia directa es la lesión, y concausas, causas mediatas, los factores que, siendo ajenos a la acción de la causa, inciden por diversas circunstancias en su consecuencia, de tal forma que varían su normal resultado. En ambos casos ha de existir relación causa-efecto probaba, si bien en el primer caso hablamos de una relación directa y en el segundo caso, indirecta. Las concausas pueden ser, a su vez, de tres tipos:

1. *Anteriores:* se refieren al estado anterior de la persona, que hace que se agraven las consecuencias de la acción del agente lesivo actuante. Por ejemplo, una diabetes preexistente puede agravar o retardar el proceso de curación de una herida producida.
2. *Presentes:* son aquellas que actúan de forma simultánea al agente, aumentando la importancia de éste. Supongamos el caso típico de que una persona le propina a otra un puñetazo en el ojo y, en el retroceso hacia atrás, tropieza y cae de espaldas ocasionándose un traumatismo craneoencefálico.
3. *Posteriores:* son las complicaciones que aparecen durante el curso evolutivo de una lesión, y conducen a su agravamiento. Sirva de ejemplo una herida incisa suturada que se infecta, y así se retarda el tiempo de su curación.

Las concausas anteriores son quizá, por su complejidad y dificultad de probar, las que suelen crear mayores problemas y, por lo tanto, las que en el tema de las lesiones cobran mayor importancia y constituyen genéricamente lo que se denomina «el estado anterior». Se podría definir como el estado previo de enfermedad de la persona que agrava el resultado del agente lesivo.

Las concausas constitutivas del estado anterior pueden dividirse, de acuerdo con Palmieri (De Luis García, 2003), en:

1. Según su naturaleza:
   a) *Concausas anteriores fisiológicas:* corresponden a estados fisiológicos preexistentes que modifican la resistencia de órganos o sistemas y pueden agravar la acción del agente lesivo. Por ejemplo, la repleción vesical, la plenitud gástrica tras una comida o un embarazo. Un traumatismo en abdomen en estas circunstancias puede agravar sus consecuencias, por ejemplo, con una rotura de la vejiga, una rotura gástrica o un aborto respectivamente, consecuencias más graves que las que produciría por sí mismo ese agente lesivo en la generalidad de las personas.
   b) *Concausas preexistentes teratológicas:* son las anomalías de desarrollo del individuo que hacen que sea más sensible a un agente traumático. Por ejemplo, lagunas de osificación, fragilidad anormal de los huesos, hiatos diafragmáticos, etc.
   c) *Concausas preexistentes patológicas:* corresponden a estados patológicos, de diferente etiología y variada índole, por los que la gravedad directa del traumatismo empeora en su evolución en relación con lo que es

ordinario en los sujetos sanos. Por ejemplo, la diabetes o la sífilis, un alcoholismo crónico, una depresión, etc.

2. Según su topografía:
   a) *Concausas preexistentes generalizadas:* son los procesos patológicos generalizados o sistémicos que hacen al sujeto más vulnerable: sífilis, gota, tuberculosis, hemofilia, diabetes, intoxicaciones agudas o crónicas. Pueden ejercer su acción de dos formas:
      – Obstaculizando el curso normal de los procesos de reparación del organismo. Es el caso de la hemofilia, que puede agravar la hemorragia producida por un traumatismo, o de una diabetes, que puede conducir a una gangrena de partes blandas en una herida sin mayor trascendencia.
      – Agravando las consecuencias del agente lesivo de forma específica, bien porque el estado anterior hace más graves las consecuencias del agente lesivo o bien porque el agente lesivo empeora el estado anterior. Pueden considerarse como ejemplos un traumatismo leve en una extremidad que produce una fractura por una osteomalacia o una artrosis agravada por un traumatismo, respectivamente.
   b) *Concausas preexistentes localizadas*: se trata de procesos patológicos locales preexistente capaces de agravar los efectos del agente lesivo actuante, como puede ser aneurisma de aorta, pleuritis, bronquitis, tumores, etc., los cuales a su vez pueden actuar de dos formas:
      – *Directa o inmediata:* cuando la interacción entre la acción del agente lesivo y el estado patológico anterior produce efectos de forma inmediata, sin período de latencia, como es el caso de un traumatismo de intensidad leve sobre un hueso en el que asentaba una metástasis ósea y produce la fractura, o un traumatismo sobre tórax que produzca una rotura de un aneurisma de aorta.
      – *Indirecta o mediata:* más difícil de demostrar la relación causa-efecto, ya que el agente lesivo actúa sobre una lesión patológica preexistente, pero se agrava el estado de enfermedad del sujeto tras un período de latencia, como puede ser el caso de desarrollo de metástasis generalizadas tras un traumatismo pulmonar sobre un pulmón afecto previamente de un cáncer localizado.

La importancia de las concausas, ya sean anteriores (estado anterior), presentes o posteriores, reside en que su consideración es diferente en la esfera penal, civil y laboral, si bien ello es materia específica de los profesionales del derecho; por lo tanto, por la debida prudencia y no queriendo pecar de intrusismo, debemos dejarles a ellos tal reserva.

Puntualizaremos únicamente que, de forma genérica, en el campo del derecho penal sólo se es responsable del daño producido y no del derivado de concausas. De esta forma, cuando la lesión es producida por una persona, a ésta no se le imputa el resultado obtenido cuando media una concausa anterior, estado anterior, si éste es ignorado por aquélla. En caso contrario, que el causante fuera conocedor del estado previo y el peligro que éste representa para la persona que lo padece, puede ser circunstancia agravante.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

En esto reside la importancia de valorar en su justa medida el daño directamente resultante de la acción de un agente, causa, del que sería responsable, y el daño resultante de factores ajenos a aquél, concausas.

CRITERIOS DE CAUSALIDAD

En todos los casos expuestos la mayor dificultad estriba en poder establecer la relación entre la acción del agente lesivo (causa) y el resultado producido (efecto), la denominada relación causa-efecto y, a través de ella, determinar la causa inmediata y las posibles causas mediatas o concausas existentes.

A tal fin, se pueden utilizar los criterios clásicos de causalidad definidos por MÜLLER y CORDONNIER (De Luis García, 2003), que podemos describir de la siguiente forma:

1. *Criterio etiológico:* ha de establecerse la realidad y la naturaleza del traumatismo, es decir, la certeza del hecho traumático.
2. *Criterio topográfico:* debe haber relación entre la zona anatómica donde ha actuado el agente lesivo y aquella donde se ha producido el daño, como puede ser el caso entre un traumatismo abdominal en una mujer embarazada y un aborto. No obstante, se ha de considerar que, en ocasiones, el daño producido puede no coincidir topográficamente con el agente lesivo, ya que hay efectos por contragolpe.
3. *Criterio cronológico:* consiste en establecer una correlación temporal entre la acción del agente lesivo y el estado resultante. No obstante, hemos de considerar igualmente la posibilidad de que determinados procesos exigen un período de latencia, si bien este debe conocerse, pues siempre estará acotado entre unos límites. Por ejemplo, los períodos de incubación en los procesos infecciosos.
4. *Criterio cuantitativo:* hace referencia a la proporcionalidad entre el daño producido y la intensidad del agente lesivo actuante. Es uno de los criterios de mayor importancia para determinar las concausas. Así, por ejemplo, es difícil que un traumatismo de mínima intensidad produzca una fractura a no ser que haya concausas preexistentes (una osteoporosis, por ejemplo) o concurrentes (que el traumatismo produjera una caída y ésta fuera la causa de la fractura).
5. *Criterio de continuidad sintomática:* determinados procesos patológicos se manifiestan de forma mediata a través de los denominados síntomas puente, que denotan su mecanismo patogénico. Su ausencia a veces puede ser suficiente para excluir el juicio de causalidad.
6. *Criterio de exclusión:* consiste en excluir toda otra posible causa del daño producido y demostrar que el agente lesivo ha sido el único desencadenante del daño; pero esta exclusión ha de ser plena y absoluta, ya que si existe la posibilidad de cualquier otra causa, siempre subsistirá la duda. Es por ello por lo que este criterio de exclusión en pocas ocasiones puede utilizarse para demostrar la relación de causalidad.

CONCEPTO DE DAÑO PSÍQUICO

Según los conceptos anteriormente expuestos, podemos definir el daño psíquico como todo trastorno psicopatológico surgido en la persona a raíz de la acción de un agente lesivo de tipo mecánico, físico, químico, biológico o estresante psíquico y, por lo tanto, valorable como lesión.

En relación con el agente externo, Villanueva Cañadas (1995) refiere tres causas: acción directa sobre el cerebro —lesión cerebral—, efectos psicógenos o impacto emocional que puede ocasionar el trauma y la reacción psicógena a la forma de vivenciar el accidente el entorno familiar. Lachica (1997) concreta en dos: lesión cerebral propiamente dicha y el impacto emocional secundario a un trauma. Y Villarejo Ramos (2005) diferencia entre: lesión orgánica cerebral directa por traumatismo craneoencefálico, lesión cerebral indirecta por traumatismo en cualquier otra región anatómica que produce alteraciones metabólicas o endocrinas originarias de afectación cerebral secundaria, vivencia del acontecimiento traumático (estrés psíquico) y vivencia de los déficits funcionales o situacionales que se derivan de la noxa primitiva (estrés psicosocial).

En relación con ello, consideramos que, atendiendo exclusivamente a su causa, que no a su expresión clínica, se pueden distinguir dos tipos de daño psíquico:

1. *Lesiones psíquicas de causa orgánica:* son resultado de lesión orgánica cerebral, ya sea mecánica, física, química o biológica; se trataría de una lesión de tipo psíquico en cuanto a su cuadro clínico, pero no en relación con su origen. Podemos considerar que son trastornos mentales por lesión cerebral y entre ellos podemos encontrar, siguiendo la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007), los siguientes:
   - Demencia (demencias sin especificación [F03]).
   - Amnesias (síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas [F04]).
   - *Delírium* (*delírium* no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas [F05]).
   - Alucinosis orgánica (F06.0).
   - Trastorno catatónico orgánico (F06.1).
   - Trastorno de ideas delirantes orgánico (F06.2).
   - Trastorno orgánico del estado de ánimo (F06.3).
   - Trastorno orgánico de ansiedad (F06.4).
   - Trastorno disociativo orgánico (F06.5).
   - Trastorno de labilidad emocional orgánico (F06.6).
   - Trastorno cognoscitivo leve (F06.7).
   - Trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).
   - Síndrome postencefálico (F07.1).
   - Síndrome posconmocional (F07.2).
2. *Lesiones psíquicas propiamente dichas:* son el resultado de un agente lesivo que actúa como estresante, y el daño psíquico depende de la intensidad del estrés sufrido y/o de la personalidad premórbida del sujeto. Se pueden denominar, de forma general, traumas psíquicos debidos a «impacto emocional» y abarcan dos tipos:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

a) *Lesiones psicológicas:* de gran importancia en las víctimas de violencia en general (*bullying, mobbing,* violencia doméstica, etc.) y de violencia de género en particular:
   - *Anulación personal:* pérdida de autoestima, desvalorización y autoculpa, suele ser una tríada característica en la víctima de violencia de género como proceso de dominio.
   - *Afectación psicológica,* con variable daño en las diferentes áreas de comportamiento y relación de la víctima: sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual. Sus consecuencias directas son:
     - Dificulta enormemente la toma de conciencia de ser víctima, lo que favorece el mantenimiento del ciclo.
     - Todo ello conlleva enorme dificultad para la adaptación, toma de decisiones y estabilización emocional de la víctima, por lo que, sin duda, requerirá de psicoterapia de apoyo, al margen de asistencia social según las condiciones sociofamiliares.
     - Pueden ser causa de la aparición de TA, los que habrá que entender no como lesiones directas, sino como consecuencias derivadas (concausa posterior).
     - La falta de apoyo o la resistencia de la víctima conlleva la victimización, lo que complica su rehabilitación.

b) *Trastornos mentales:* podemos considerarlos como trastornos mentales secundarios a impacto emocional. Siguiendo la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007), los identificamos como «F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación», categoría que incluye:
   - Reacción a estrés agudo (F43.0).
   - Trastorno de estrés postraumático (F43.1).
   - Trastorno de adaptación (F43.2).
   - Otras reacciones a estrés grave (F43.8).
   - Reacciones a estrés grave sin especificación (F43.9).

REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO

La REA es un trastorno transitorio de gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente como respuesta a estrés físico o psíquico excepcionales y que, por lo general, remite en horas o días. Se caracteriza por:

- La vulnerabilidad individual y la capacidad de hacer frente al estrés influyen en la aparición y la gravedad de las REA.
- Clínicamente hay un estado inicial de «embotamiento», con algún estrechamiento del campo de la conciencia, disminución de la atención y respuesta a estímulos y desorientación. Puede seguirse de estupor o agitación y exceso de actividad. Son frecuentes síntomas vegetativos como taquicardia, sudoración y sofocos.
- El cuadro clínico se presenta generalmente en minutos tras el estímulo estresante y desaparece en horas, máximo dos o tres días.
- Puede aparecer una amnesia parcial o completa del episodio.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se consideran TEP los trastornos que surgen como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento o una situación (breve o duradera) estresante. Sus características son:

- El agente estresante es de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, de forma que por sí mismos causarían malestar generalizado en casi todo el mundo.
- Ciertos rasgos de personalidad (compulsivos o asténicos) o «neuróticos» pueden actuar como factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del trastorno o para agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para su aparición.
- Clínicamente se caracteriza por episodios de revivir el trauma en forma de recuerdos intrusivos *(flashbacks)*, sueños o pesadillas, en el contexto de embotamiento emocional, y que suelen acompañarse de desapego emocional, falta de respuesta y evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma, así como de síntomas de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, reacciones de sobresalto e insomnio, trastornos de las emociones (ansiedad), el estado de ánimo (incluso con ideas suicidas) y el comportamiento.
- Entre la acción del agente estresante y la aparición del trastorno siempre hay un período de latencia cuya duración varía desde pocas semanas hasta meses y el curso es fluctuante, si bien se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos; es excepcional el curso crónico y la evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

Los TA son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y el rendimiento, y que surgen en el período de adaptación a un cambio significativo en su vida o un acontecimiento vital estresante. Se caracterizan por:

- El estrés puede haber afectado a la trama social del individuo (duelo, experiencias de separación) o al sistema más amplio de apoyo social y a los valores (migración, refugiados), o representar una transición o crisis de desarrollo importante (ir a la escuela, fracaso al alcanzar un objetivo personal, jubilación).
- Su aparición y forma de expresión están determinadas de un modo importante por predisposición o vulnerabilidad individual, si bien el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante.
- Suelen ser, en mayor o menor grado, síntomas resultantes de alteraciones del estado de ánimo (depresivos), de las emociones (ansiedad), sentimiento de incapacidad para afrontar la situación y planificar el futuro, así como cierto grado de incapacidad para la actividad diaria; pueden asociarse trastornos de conducta, sobre todo en los adolescentes.
- El rasgo predominante puede ser una reacción depresiva (breve o prolongada), alteración de emociones y/o la conducta.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO

Castellano Arroyo et al. (2004) hablan de una especial dificultad en la valoración del daño psíquico, derivada de los problemas diagnósticos de la propia nosología psiquiátrica, la objetivación y cuantificación del daño psíquico en ocasiones difíciles, los criterios clásicos de causalidad no claramente aplicables, la complejidad de separación entre lesiones neurológicas y lesiones psíquicas y la posible existencia de simulación.

CONDICIONES DE ESTUDIO Y MEDIOS NECESARIOS

Han de considerarse tres premisas fundamentales de las que puede depender en gran medida el resultado de valoración:

1. En la valoración del daño psíquico como trastorno mental secundario a impactos emocionales, por estrés, ha de tenerse muy en cuenta la diferente concepción que pueden tener, respecto al concepto de lesión, determinados trastornos, como el TA, dependiendo de la relación causal. Ésta puede ser directa (causa), indirecta (concausa) o no existir, variando, por lo tanto, la responsabilidad que adquiere el autor del daño. A diferencia del TEP, en la mayoría de las ocasiones el TA no es lesión, sino complicación derivada (concausa posterior) o incluso sin relación con el agente causal.
2. Si en cualquier estudio de valoración médico-forense la relación médico-paciente debe estar basada en procurar la confianza de la persona valorada, ésta aún es más necesaria en los casos de valoración del daño psíquico, ya que, aparte de que el diagnóstico se apoya principalmente en la entrevista del sujeto, en gran número de ocasiones el origen del daño seguramente proviene de situaciones bastante conflictivas o traumáticas (agresiones sexuales, accidentes de gran envergadura, violencia de género, etc.).
3. En no pocas ocasiones puede tratarse de una simulación o cuando menos exageración de síntomas, de forma consciente o inconsciente. Debe adoptarse pues siempre una actitud de neutralidad evitando potenciar la victimización o ser excesivamente desconfiados pensando que estamos ante una simulación, o infravalorar el caso no prestándole la atención debida.

La valoración del daño psíquico, como todo tipo de valoración, ha de estar basada en:

1. Reconocimiento de la persona, que puede ser múltiple, en caso de que esté en proceso de curación y haya de efectuarse su seguimiento (lo que no quiere decir intervención clínica, pues el perito médico nunca debe tener la función clínica, ni viceversa, el médico clínico nunca debe constituirse después como perito médico), o puede ser único, realizado en una o varias sesiones, en caso de que haya alcanzado la curación (estabilización de lesiones).
2. Examen de toda la documentación médica necesaria, no sólo la aportada por el paciente, sino la que el médico legista precise. En el caso de médicos

forenses, se debe solicitar todos los informes que se precisen para llevar a cabo la peritación requerida.
3. Solicitud y realización de todas las pruebas complementarias que se estimen necesarias.

Por lo que se refiere concretamente a la función de médicos forenses en este campo, consideramos imprescindible contar con los siguientes medios y condiciones para la consecución de este tipo de peritaciones, recomendables y adaptables a la intervención de cualquier médico legista:

1. Instalaciones adecuadas en los Servicios de Clínica Médico-Forense de los Institutos de Medicina Legal (IML), que es donde han de llevarse a cabo.
2. Paulatina especialización de médicos forenses mediante formación específica en psiquiatría forense, considerando ésta, no obstante, como una parte de la Medicina Legal y Forense.
3. Profesionales de la psicología adscritos a los IML, con los medios de evaluación precisos para las exploraciones complementarias que se les soliciten.
4. Relación directa con servicios y equipos de salud mental, centros hospitalarios, centros penitenciarios, servicios provinciales de drogodependencias y otros para petición de los informes precisos sobre antecedentes médicos o cualquier otra consulta. En caso de solicitar historiales médicos completos, ha de hacerse a través de la autoridad judicial requirente.

CRITERIOS

Relación causa-efecto

Es el elemento principal de toda valoración del daño, sea orgánico, funcional o psíquico, pues sin la necesaria relación causal no existe valoración alguna. Es por ello por lo que de antemano ha de abordarse la investigación de la causa y su relación con el resultado, así como la posible existencia de concausas, como anteriormente indicamos.

Por lo que respecta al daño psíquico derivado de lesiones orgánicas, no suele plantearse mayor problema, si bien ha de tenerse en cuenta que el cuadro psíquico que se alega como resultante sea compatible con la lesión orgánica sufrida y, paralelamente, valorar las posibles concausas anteriores, es decir, un estado anterior preexistente, en este caso de carácter psíquico que, no detectado con anterioridad o bien ocultado, se quiera achacar al daño sufrido.

Ha de considerarse, no obstante, la posibilidad de reagudización de estados previos. Así, por ejemplo, en una presunta epilepsia postraumática, habrá de tenerse en cuenta que ésta no existiera antes del traumatismo o, en caso de que sí, que pueda haberse agravado. Por lo general, es difícil ocultar estos cuadros de enfermedad previa, si bien cabe dentro de lo posible.

En relación con los traumas psíquicos propiamente dichos, y concretamente el TEP, la REA y el TA, la cuestión plantea mayor dificultad por la frecuencia con que dichos trastornos se utilizan indistintamente, sin tener en cuenta la sintomatología específica que caracteriza a cada uno ni el origen, pues, como

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

ya hemos indicado, tienen diferente consideración como lesión por la relación con el agente causal (directa —lesión—, indirecta —concausa posterior— o sin relación) y por las consecuencias derivadas. En igual medida cabe hablar del daño psicológico, pues puede tener causas diversas y no ser consecuencia directa de un agente estresante, en cuyo caso no debería considerarse lesión.

Así pues, el estudio de la relación causa-efecto siempre debe incluir:

1. *Estudio de la causa:* ya hemos referido que no será tanto problema en los casos en que el daño psíquico derive de una lesión orgánica, sino que la mayor dificultad puede residir en los casos de traumas psíquicos, cuya causa es un factor estresante. No obstante, hemos de diferenciar entre el TEP y la REA, por un lado, y el TA, por otro.

   Los dos primeros dependen siempre de la acción de un factor estresante externo, de cierta intensidad, que ocurre en un momento dado y surgen como consecuencia directa de éste, de ahí que siempre se considere lesión; su aparición depende directamente de la situación vivida considerada como factor estresante.

   En el caso de los TA ha de considerarse que son consecuencia de un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital, entre los que puede hallarse una situación de amenaza para la integridad o la vida del sujeto, es decir, un estrés externo o traumático y, por lo tanto, puede considerarse como una lesión, si bien su mayor diversidad causal y el hecho de estar determinados de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual hacen que no podamos considerarlo directamente como lesión hasta no investigar que el hecho traumático estresante alegado sea la única causa y haber evaluado la predisposición individual.

   Un TEP puede ser completamente posible en víctimas del 11-M, si bien es difícil en un accidente de tráfico con golpe trasero y lesiones de esguince cervical. Asimismo, en ninguno de los dos casos es muy posible un TA, aunque sí puede derivarse en el primer caso de grandes secuelas sufridas, por ejemplo amputación, o en víctimas indirectas como son los familiares de los fallecidos o heridos graves.

   De igual forma, en el caso del daño psicológico descrito, hemos de tener en cuenta que los sentimientos de autoculpa, desvalorización y pérdida de autoestima son una tríada sintomática característica de la víctima de violencia de género, pero no específica, por lo que hemos de descartar cualquier otra causa y que en cada caso concreto esta sintomatología psíquica pueda quedar objetivada como más probable proveniente de dicho proceso de violencia.

   Como ejemplo extremo, el caso de una mujer, supuestamente víctima de violencia de género, imputada del homicidio de su pareja. En ella se detectó sentimientos de autoculpa, pérdida de autoestima y desvalorización. No obstante, analizados éstos, se objetivó que la autoculpa provenía de la muerte del marido como padre de sus hijos (tras el crimen inicialmente no aparecía este sentimiento, se fue generando poco a poco tras tomar conciencia de la situación familiar resultante, principalmente la de sus hijos por la imagen que tenían de su padre como buen padre) y la desvalorización y la pérdida de autoestima

verdaderamente las padecía la imputada, pero no como persona, sino como mujer en el sentido más estricto, por el hecho de no poder asimilar una situación de engaño que él le confesó, incluso tras la decisión de la pareja de volver juntos, por insistencia de ella, después de que él dejara a su amante. Entonces ella desarrolló conductas de control permanente de los horarios de él, obsesión por las salidas, control telefónico, insistencia en separación de bienes por si él la dejaba y se iba con otra mujer, obsesión por estar más joven, arreglarse, cuando nunca antes le importaba, etc. Realmente ella se sentía infravalorada por él, pero en el contexto de sentimientos de «traición, engaño, celos, rabia, ira, no ser apreciada como mujer y fijarse en otra mujer». Analizada la psicobiografía familiar y otros muchos factores, no pudo objetivarse que hubiera violencia de género.

Más aún, considerándose víctima ella misma y considerada como tal en su contexto social en prisión, durante su internamiento adquirió gran información sobre violencia de género, hasta el punto de alterar datos reales durante la entrevista, achacando a su pareja maniobras de control que ella misma establecía (simulación).

Así pues, no sólo ha de estudiarse la causa, sino las posibles concausas, estudio que, por lo que se refiere a los traumas psíquicos concretamente, debe abarcar:

a) Estudio de antecedentes (concausas anteriores):
- Recabar información del médico de familia, unidades hospitalarias de salud mental, unidades de salud mental de distrito, psicólogos o psiquiatras particulares, a fin de descartar o confirmar enfermedades psiquiátricas previas (trastornos de personalidad, afectivos, disociativos, retraso mental, etc.).
- Valorar rasgos de personalidad que puedan suponer predisposición individual a padecer estos trastornos, así como factores individuales que faciliten su padecimiento.
- Valorar la posibilidad de que haya intención de simulación, la cual se ha de sospechar cuando hay una finalidad clara en la obtención de una ganancia económica, cuando el cuadro clínico no se corresponde con ningún cuadro psiquiátrico (contradicciones semiológicas) y cuando el comienzo, la evolución y la finalización del proceso no se ajustan a su realidad. En estos casos, puede resultar importante valorar la sinceridad del paciente con las escalas que ofrecen los test.

b) Evaluación de factores ambientales (concausas posteriores): ha de valorarse si hay problemas laborales (despido por la situación de baja del trabajador, que la agresión haya surgido en el ámbito de su trabajo en el que ya había relaciones conflictivas estresantes), familiares (problemas de pareja o con hijos), sociales (sentimiento de miedo y posible rechazo en casos de agresión sexual, judicialización del caso) o de cualquier otro tipo que supongan una situación de estrés que de por sí pueda originar un TA, mantenerlo si se ha originado por otra causa o cronificar un TEP.

2. *Estudio del trastorno supuestamente originado:* su diagnóstico, que, como ya hemos referido, es de gran trascendencia, ha de llevarse a cabo con cuantos elementos clínicos y complementarios se precisen y, en el caso de

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

los trastornos mentales, debe ajustarse rigurosamente a los criterios dados por los diferentes manuales al respecto (DSM IV-TR o CIE-10). Para el establecimiento del diagnóstico se precisa:

a) Analizar las diferentes funciones psíquicas (protocolo de estudio de estas funciones).

b) Exámenes complementarios:

- Exámenes psicométricos:
  - Evaluación cognoscitiva: Raven, Binet-Simon, Terman-Merrill, Bender, WAIS.
  - Escalas de evaluación de síntomas: Hamilton (ansiedad), STAI (ansiedad), Zung (ansiedad), depresión (Hamilton, Zung, Beck, Montgomery-Asberg).
  - Evaluación de la personalidad: MMPI y entrevistas semiestructuradas para la evaluación de la personalidad premórbida (PAS de Tyrer, IPDE de Loranger y SCID de Spitzer).
  - Test proyectivos (Rorschach y test de apercepción temática [TAT]).
  - Escalas de irritabilidad o de apatía.
  - Escalas de evaluación de estresores ambientales.
  - Específicas de valoración de TEP: Trauma Symptom Inventory, Impact of Events Scale y Selft Rating Scale de Carlier.
- Métodos biofísicos: electroencefalografía, ecoencefalografía, estudios radiográficos, gammaencefalografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía computarizada por emisión monofotónica, etc.
- Determinaciones analíticas: hemograma completo, bioquímica general, pruebas serológicas, analítica de orina, investigaciones toxicológicas, etc.

c) Solicitar la colaboración clínica a especialistas (psiquiatras o psicólogos) dentro de los IML, si los hubiere, o de la Sanidad Pública.

3. *Criterios de causalidad, Müller et al. (De Luis García, 2003):*

a) *Criterio etiológico:* como ya hemos indicado, es lo primero a averiguar, la existencia del traumatismo, que poca duda planteará en el daño orgánico cerebral. Sí es muy importante en el caso del daño psíquico reactivo, pues en el caso de REA y TEP, por lo general la reacción se produce en ausencia de la causa estresante, como respuesta, inmediata o tardía respectivamente, al estímulo estresante en su momento vivido, mientras en el TA la reacción aparece como respuesta a la falta de adaptación al estrés, por lo tanto, durante su concurrencia.

b) *Criterio topográfico:* cobra especial importancia en los trastornos mentales orgánicos, ya que en estos casos ha de derivarse lesión orgánica cerebral. Tener en cuenta lo ya manifestado de las lesiones cerebrales por contragolpe, donde cobran especial importancia las hemorragias y los hematomas cerebrales.

c) *Criterio cronológico:* como decíamos, consiste en establecer una correlación temporal entre la acción del agente lesivo y el estado de enfermedad resultante. No obstante, hemos de considerar igualmente la posibilidad de que determinados procesos exigen un período de latencia que debe conocerse, pues siempre estará acotado entre límites. En el caso de los trastornos mentales de origen orgánico, la

sintomatología suele cursar de forma inmediata, salvo excepciones como la epilepsia postraumática. En el caso de los traumas psíquicos, hay que considerar que en la REA ésta siempre ha de ser inmediata a la acción del agente estresante, que el TA surge por lo general en días posteriores o meses, pero siempre en presencia del estrés causante, pues se trata de un déficit de adaptación a éste, y en los TEP siempre hay que considerar que se trata de respuestas tardías con un período de latencia que suele ser de varios meses, si bien en ausencia de la causa estresante (ésta se produjo y la respuesta es posterior).

d) *Criterio cuantitativo:* en relación con los trastornos de origen orgánico, cobra especial importancia, pues de la intensidad del trauma suele depender la gravedad de la lesión cerebral. En el caso de los traumas psíquicos ya hemos indicado que, salvo excepciones por especial predisposición, es esencial para el caso del TEP y la REA, y no es tan importante para el caso de los TA en que interviene mucho más la predisposición del sujeto y puede originarse con estrés de más baja intensidad.

e) *Criterio de continuidad sintomática:* es de especial importancia dicho criterio para el caso de la REA y en los casos de trastornos mentales de origen orgánico.

f) *Criterio de exclusión:* como ya indicamos, consiste en excluir toda otra posible causa del daño producido y demostrar que el agente lesivo ha sido el único desencadenante del daño, exclusión que ha de ser plena y absoluta. Este criterio es de gran importancia en los trastornos mentales de origen orgánico por lesión cerebral, ya que ésta puede tener otros orígenes, entre los que se hallan determinadas enfermedades orgánicas específicas (demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Pick, enfermedad de Creutfeldt-Jacob, Huntington, Parkinson, demencia por VIH), vasculares (demencia vascular) o tóxicas (alcohol y sustancias psicotropas). Igualmente, cobra especial relevancia el daño psíquico reactivo, por estrés, concretamente en el caso de los TA que, como ya hemos indicado, pueden tener su origen en un estrés externo por la acción de un agente traumático (relación directa) o una causa totalmente ajena y diferente (sin relación) o la concurrencia de concausas (relación indirecta). Asimismo, en el daño psicológico se debe descartar cualquier otro origen, muy importante en la valoración integral de la violencia de género.

De forma concreta, en los casos en que se diagnostique un TA sólo se admitirá como lesión resultante de un agente lesivo si éste puede determinarse como única causa. En este sentido, podríamos considerar tres orígenes posibles en relación con la acción de un agente lesivo estresante y el TA:

1. Que el TA aparezca inequívocamente tras la acción de un agente agresor, que constituye en sí una situación de estrés vivido por el sujeto al margen de cualquier otro factor estresante, es decir, excluyendo otras causas. En estos casos, el TA sí tendrá la consideración de lesión, si bien habrá de valorarse la gravedad del agente lesivo estresante y la vulnerabilidad del sujeto (predisposición personal) a fin de determinar en qué medida el

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

daño corresponde al agente agresor y en qué medida a concausas preexistentes (personalidad premórbida). Por ejemplo, amenazas o coacción permanentes.

2. Relación indirecta con agente lesivo actuante a través del estado de lesiones residuales (secuelas): el caso, por ejemplo, de un traumatismo que origina una lesión medular con resultado de paraplejia. Es muy probable que el paciente desarrolle durante la evolución clínica un TA, dada la nueva situación a la que ha de aprender a adaptarse. Igual cabe decir de la víctima de violencia de género en la que, sobre el daño psicológico de anulación personal sufrido, la falta de recursos como persona puede hacer que desarrolle TA tras la denuncia y la separación. En estos casos, puede haber concausas preexistentes, como la personalidad, y posteriores, como la resolución de su situación laboral, estado económico ante la nueva situación, apoyo familiar, etc. Ahora bien, hay que valorar la gravedad de este estado residual y la posibilidad de que desencadenara dicha reacción en la mayoría de las personas. En estos casos, hemos de considerar el TA como relacionado con el trauma sufrido, si bien indirectamente, y podemos catalogarlo como una concausa posterior, ya que es una complicación del estado lesional resultante. Es evidente que podremos valorarlo como daño, si bien es muy probable que penalmente el causante de las lesiones no sea el responsable (lo que no quiere decir que no sea indemnizable), pues escapaba a su voluntad.
3. Que no haya relación alguna con el agente agresor: sirva de ejemplo el caso frecuente de una agresión por parte de un vecino a otro, o riñas o rencillas entre familiares, relaciones de pareja o separaciones conflictivas, casos en que entre los implicados haya cierta tensión o enemistad, que incluso origine lesión física de mínima gravedad, pero el/la agredido/a desarrolla un TA que reclama como lesión. La causa de dicho cuadro se hallará en la situación de tensión emocional diaria por la convivencia vecinal o familiar conflictiva, y con seguridad su inicio se remontará bastante antes de la agresión sufrida, y dependerá en gran medida de la capacidad de adaptación de la persona que se siente amenazada con la convivencia de la otra, así como de su personalidad premórbida, cuando no de factores ambientales (otros vecinos que «meten cizaña», familiares que intervienen en sentido negativo), sociales o culturales. Si lo único denunciado son las lesiones y hemos de valorarlas, nunca en este caso hemos de considerar relacionado el TA con la acción del agente agresor, ni directa ni indirectamente, y no podremos valorarlo como tal daño. La agresión ni es causa única (relación directa) ni concausa (relación indirecta) del TA.

Tipo de tratamiento

Se han de considerar los conceptos de primera asistencia facultativa y tratamiento médico y/o quirúrgico como puramente jurídicos, y en tal sentido el/la médico forense no debería pronunciarse; valga como justificación de tal afirmación los siguientes hechos:

– El concepto de primera asistencia facultativa no deriva de la medicina, en que tratamiento es cualquier acto médico por el cual se aplica «un remedio» para curar o aliviar una enfermedad, sino un concepto creado por el legislador.
– La jurisprudencia puede variar la concepción jurídica del acto médico llevado a cabo (por ejemplo, de primera asistencia facultativa a tratamiento quirúrgico, como ha sucedido con los puntos de sutura), pero nunca podrá variar el concepto de valoración forense. Sería pues inapropiado totalmente que los informes forenses variaran sus consideraciones y conclusiones según la jurisprudencia.

Es más factible pues hablar desde el punto de vista médico forense de asistencia prestada que de primera asistencia facultativa o de tratamiento médico y/o quirúrgico, al igual que no hablamos de imputabilidad, sino de facultades intelectivas y/o volitivas en el momento de la acción. No obstante, puede que sea necesaria la orientación médico-legista a la autoridad judicial o fiscal, la que siempre habrá de tomarse como opinión o valoración desde el punto de vista forense, nunca jurídica, que permita la calificación penal del hecho.

En ese sentido, desde el punto de vista estrictamente médico-forense, tendrán la consideración de primera asistencia facultativa las prestadas en todas las reacciones psiquicas de carácter leve, genéricamente denominadas crisis de ansiedad o incluso REA, tratadas por lo general en urgencias y, si acaso, revisadas con posterioridad por los médicos de atención primaria, y que no hayan precisado tratamiento especializado o continuado.

Cuando se requiera un tratamiento específico y continuado (farmacoterapia, psicoterapia), se considerará el tratamiento médico, lo que es absolutamente imprescindible en cuadros como el TA y el TEP. En todo caso, es absolutamente recomendable que el diagnóstico y el tratamiento los aplique el psiquiatra o, cuando menos, los supervise (interconsulta realizada por médico de asistencia primaria, si bien éste continúa el tratamiento) en caso de trastornos mentales; siempre con la intervención del facultativo médico.

Lo mismo cabría decir del daño psicológico, en este caso respecto a la asistencia prestada por psicólogos que, si bien no son facultativos médicos, no por ello no debería dejar de considerarse su asistencia, y por analogía como tratamiento médico en el terreno jurídico; éste es otro de los factores de por qué debería hablarse de asistencia prestada y no de tratamiento médico y/o quirúrgico. Estos casos deben ser únicamente cuando verdaderamente sea necesaria dicha asistencia para tratamiento de daño psicológico en la víctima (anulación personal; por ejemplo, la resultante en la víctima de violencia de género) con repercusión en las diferentes áreas de comportamiento y relación (sentimental, sexual, familiar, social, laboral e intelectual), con lo que además se evitará la victimización y la aparición de TA.

Días de curación e incapacidad

Para su valoración han de seguirse los criterios de curación, la cual se considera alcanzada cuando finaliza la terapia activa por restitución de su integridad, o bien la finalización o su continuidad pero con estabilización de las lesiones (secuelas).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Desde el punto de vista médico-legal, a efectos de poder realizar una adecuada valoración, inicialmente debe esperarse un tiempo prudencial para evaluar la eficacia del tratamiento instaurado y debe continuarse el seguimiento mientras los controles psicológicos y psiquiátricos sean al menos mensuales o bimensuales. Todo alargamiento innecesario de este control debe considerarse (de forma genérica) como curación a efectos médico-forenses.

En el caso de los trastornos mentales orgánicos, ha de esperarse a la resolución del daño cerebral para poder valorar la posible curación o la permanencia del trastorno psíquico derivado; se ha de tener en cuenta que en muchas ocasiones éste es de tipo residual y sin posibilidad de remisión, como ocurre en las demencias postraumáticas y en los trastornos orgánicos de personalidad. Otras veces la evolución es tórpida e incierta (epilepsias postraumáticas, amnesias), en cuyo caso tendremos el límite de los días de curación.

En cuanto a los trastornos mentales reactivos por estrés podemos realizar las siguientes consideraciones genéricas:

- *Reacción a estrés agudo:* no suelen sobrepasar las 48 o 72 horas de evolución y nunca adquieren carácter crónico. A lo más deben considerarse curados en días.
- *Trastorno de estrés postraumático:* se puede esperar la recuperación en un período más o menos prolongado que no está definido, pero que, por lo general, podemos establecer entre seis meses y un año. En una pequeña proporción de enfermos el trastorno puede tener un curso crónico durante años y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- *Trastorno adaptativo:* normalmente no sobrepasa los seis meses, salvo en los casos de reacción depresiva prolongada en que puede llegar a los dos años, en cuyo caso hay que considerar el cambio de diagnóstico. Hay que recordar que la curación suele estar ligada a la desaparición del agente estresante y que, salvo casos excepcionales, no hay cronificación.

En relación con los días de incapacidad, dependerá en gran parte de la intensidad del cuadro clínico y la consecuencia de la imposibilidad de desarrollar las ocupaciones habituales (laboral, doméstica, estudiantil, etc.). Un criterio a tener en cuenta es la posibilidad de reiniciar la actividad habitual y el fracaso al cabo de poco tiempo (pacientes que se consideran curados y que al volver al trabajo recaen, por lo que necesitan volver a tratarse hasta su completa curación).

Secuelas

La valoración de las secuelas psíquicas no está exenta en absoluto de dificultad. Como señala Villanueva Cañadas (1995), si los baremos son difíciles de aplicar en lesiones que son físicamente medibles, son mucho más complejos de aplicar en casos en que el objeto del problema sea en la personalidad del sujeto.

Únicamente podrán determinarse cuando consideremos el cuadro lesional estabilizado o bien de pronóstico incierto o de evolución muy lenta. No obstante, para su valoración hemos de considerar lo siguiente:

1. Han de preverse posibles repercusiones a largo plazo, aunque la sintomatología haya desaparecido, como es el caso de posibles conflictos de relación de pareja que puedan desarrollarse cuando hay agresión sexual en adultos o en niños (previsible en la edad adulta).
2. Debe diferenciarse entre cronificación del proceso y mantenimiento debido a la persistencia de la causa, como sucede en el caso del TA en que la curación o desaparición de los síntomas suelen depender de la persistencia de los agentes estresantes (situación laboral, económica, social, legal, etc.) o incluso la suma de otros nuevos, si bien es verdad que puede cronificarse según la capacidad de adaptación del sujeto o bien porque el agente sea permanente (estado de incapacidad residual). Una solución posible a este problema (para no dilatar excesivamente el procedimiento judicial a expensas de la curación del/de la paciente) es indicar a la autoridad judicial la necesidad de un nuevo reconocimiento antes del juicio para valorar su situación.
3. No deben confundirse con secuelas procesos normales que no son causa de enfermedad, pero sí residuales. Es lo que sucede a menudo con los lapsos de memoria (que no amnesia lacunar) en traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, pues la consecuencia lógica de la inconsciencia es no recordar (no se puede «grabar» aquello de lo que no se es consciente), lo que no es en absoluto sinónimo de amnesia, pues no hay trastorno alguno de la función psíquica de la memoria. Igual sucede con las reacciones normales de temor ante la situación vivida, las que, aparte de su normalidad, se van atenuando con el paso del tiempo, como es el caso del temor a subirse en un coche cuando se ha tenido un accidente o a cruzar una calle cuando uno ha sido atropellado, reacciones que en muchos casos erróneamente se asimilan a fobias.

Las secuelas, sea cual sea su origen, deben ajustarse a los baremos legalmente establecidos y, en caso de imposibilidad, han de valorarse por analogía. Generalmente la mayor dificultad surge en el caso de baremación del TEP y el TA, respecto de los cuales creemos que pueden considerarse como secuelas (Real Decreto Legislativo 8/2004. Anexo: Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, tabla VI: Clasificación y valoración de secuelas):

– *Trastornos neuróticos:* para el TEP (la Organización Mundial de la Salud en la versión 2007 de la CIE-10 sigue incluyendo el diagnóstico de neurosis traumática en TEP).
– *Trastorno depresivo reactivo:* para el TA con alteración del estado de ánimo, emociones y/o conducta.

PROTOCOLO PARA VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO

Se propone un protocolo de recogida de datos (tabla 32.1) a aplicar en los casos en que haya daño psíquico, protocolo que tiene la consideración de historia clínica médico-forense (médico-legal). Es precisamente en la recogida de datos durante los reconocimientos llevados a cabo cuando más se acerca la valoración del daño psíquico a otras peritaciones estrictamente psiquiátricas, si bien el

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

TABLA 32.1. Historia médico-forense: valoración del daño psíquico (recogida de datos)

1. Recogida de datos:
   a) Datos de identificación del/la paciente:
      – Nombre y apellidos:
      – Edad:
      – Estado civil:
      – N.° de hijos:
      – Profesión:
      – Lugar y fecha de nacimiento:
      – Domicilio de residencia y provincia:
   b) Antecedentes sobre los hechos:
      – Tipo de lesión o lesiones sufridas:
      – Fecha:
      – Atención médica inicialmente prestada (partes de lesiones, partes de urgencias):
   c) Anamnesis:
      – Motivo de la consulta (reproducir lo que textualmente dice el paciente):
      – Antecedentes familiares de enfermedad:
         • Padres:
         • Hermanos:
         • Pareja:
         • Hijos:
      – Antecedentes personales (psicobiografía):
         • Primera infancia:
         • Adolescencia:
         • Edad adulta:
      – Antecedentes de enfermedad:
         • Enfermedad previa:
         • Predisposición individual:
         • Simulación (escalas de sinceridad):
      – Estado actual:
   d) Datos complementarios:
      – Informes previos:
      – Informes solicitados:
      – Test efectuados:
      – Otras pruebas diagnósticas:
2. Exploración (por consulta efectuada en caso de seguimiento del lesionado):
   a) Fecha consulta:
      – Exploración física:
      – Exploración psíquica:
      – Comentarios:
   b) Fecha de consulta:
      – Exploración física:
      – Exploración psíquica:
      – Comentarios:
3. Anotaciones:
4. Valoración final:
   a) Enfermedades sufridas*:
   b) Asistencia prestada:
   c) Días de curación:
   d) Días incapacidad para ocupaciones habituales:
   e) Secuelas

* Elemento crucial del informe, de ahí la necesidad de establecer previamente la relación causa-efecto entre trastorno psiquiátrico y traumatismo sufrido.

TABLA 32.2. Informe médico-forense de Sanidad

Instituto de Medicina Legal de _____

Ref. IML: _____

Procedimiento: _____

Organismo Judicial: _____

Informe de sanidad de lesiones

En _____, a _____ de _____ dos mil _____

D./D.ª _____, médico forense del Instituto de Medicina Legal de _____ ,

en virtud del juramento que tiene prestado, manifiesta: que en cumplimiento de lo requerido por

S.S.ª/S.I.ª ha reconocido a D./D.ª _____, quien presentó:

Lesiones: _____

Asistencia prestada: _____

Días de curación: _____

Días de incapacidad para sus ocupaciones habituales: _____

Secuelas:

Lo que declara en cumplimiento de lo requerido

objetivo es precisamente la valoración del daño y no determinar en qué medida su estado psíquico afectó, afecta o afectará a su forma de actuar. No difiere tanto en la recogida de datos y la exploración psíquica, sino en las consideraciones a realizar, las conclusiones finales y la forma de exponerlas (informe que se presenta).

De esta forma, el protocolo de exploración forense del daño psíquico no difiere en muchos de sus apartados de otros protocolos de exploración psiquiátrica; en todo caso debería ser parte siempre de esas historias clínicas, adaptado a ellas, ya se trate de valoración del daño, imputabilidad, incapacidad o valoración integral de la víctima de violencia de género.

Siempre pues debe dividirse cuando menos en los siguientes apartados:

1. *Recogida de datos,* que incluye tanto la anamnesis propiamente dicha como la documentación aportada o solicitada y las pruebas complementarias.
2. *Exploración:* corresponde al apartado de consulta médica de seguimiento en caso de existir éste, indicando fechas de consulta o bien exploración única, en una o varias sesiones, en caso de un paciente ya curado.
3. *Anotaciones:* en donde el médico legista, antes de proceder a emitir el informe final de valoración, anota sus razonamientos, el porqué de su

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

decisión final, lo que en informes médico-legales se hace constar como consideraciones médico-legales. Éstas pueden acompañar al informe final o no, como suele ocurrir en los informes de sanidad médico-forenses en los que, por lo general, sólo se expone el resultado final, la propia valoración. No obstante, es muy interesante este apartado pues, en caso de ser necesario, perfectamente puede recurrirse a la historia médico-forense del lesionado a la hora de informar en juicio, a fin de ampliar el informe médico-forense.

4. *Resultados:* es la valoración propiamente dicha y la que cierra la historia clínica una vez conseguida la curación del paciente, o considerada su estabilización, y se decide la emisión del informe pericial. Dichos datos son los que formarán parte del informe de valoración correspondiente (informe de sanidad en el caso de médicos forenses), pues ya dijimos que, aun tratándose de daño psíquico, entra en el campo de la valoración del daño corporal, y por tanto debe ajustarse a tal formato de informes.

INFORME DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO

No se aparta del informe de valoración del daño tipo, en el que deben recogerse cuando menos lesiones, asistencia prestada, días de curación e incapacidad y secuelas, con las consideraciones y razonamientos que se estime necesario realizar en cada caso.

Caso de no realizarse consideraciones, como sucede en los informes de sanidad de lesiones médico-forenses (tabla 32.2), es porque se da por entendida la relación causal entre el trauma sufrido y las lesiones que se recogen en el informe, al margen de ser un informe médico-forense tipo con estructura y características formales, sin considerar el hecho de que el médico forense en cualquier momento puede ser llamado a juicio, como una de sus funciones propias, para declarar sobre la peritación realizada.

Trastornos de la personalidad

33

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Concepto 395
Clasificación 397
Tipos 398
Trastorno paranoide de la personalidad 398
Trastorno esquizoide de la personalidad 399
Trastorno esquizotípico de la personalidad 399
Trastorno disocial de la personalidad 400
Trastorno límite de la personalidad (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad) 401
Trastorno narcisista de la personalidad 402
Trastorno histriónico de la personalidad 403
Trastorno por dependencia de la personalidad 403
Trastorno por evitación de la personalidad 404
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad 405
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 406
Valoración médico-forense 406
Capacidad delictiva 406
Facultades intelectivas y volitivas 407

CONCEPTO

Al hablar de personalidad anormal o trastornos de la personalidad, términos análogos, se intenta definir unos tipos de personalidad que se apartan de la norma, de lo que entendemos por «lo normal». Según la mayoría de los autores, no estamos ante un trastorno mental, sino ante una personalidad diferente, por sus características, de la mayoría.

En este sentido, se ha intentado definir la personalidad anormal o los trastornos de personalidad desde diversos puntos de vista a tenor del término «normal», si bien sigue subsistiendo la gran pregunta: ¿qué se entiende por normal? Podemos considerar diversos conceptos:

– *Demográfico:* sería toda personalidad que, por exceso o por defecto, se aparta de la mayoría.
– *Social:* toda personalidad que se aparta de la norma social establecida.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

- *Conductista:* toda personalidad que no se adapta a las normas sociales de conducta, entendiendo por éstas las comunes en la mayoría de las personas.
- *Antropológico:* personalidad anormal sería la que se aparta de lo definido como desarrollo normal de la personalidad.
- *Sindrómico:* se definiría la personalidad anormal como aquella que posee una expresión clínica de síntomas y/o signos que pueden requerir atención especializada en un momento dado, lo que las hace diferentes de las demás.

Según Wyrsch (1958), «los psicópatas no son enfermos en el sentido riguroso de la palabra, sino que en ellos existe un estado anormal o, dicho con mayor exactitud, una variación anormal del carácter, en general de tipo congénito». Según el mismo autor, parte de las cualidades del carácter (las formales) serían congénitas, mientras que otras (las materiales) se deberían a la educación.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por:

- No son trastornos psíquicos por enfermedades orgánicas, sino que son modos de ser diferentes, variantes del modo de ser, por lo general con dificultades para adaptarse a las normas establecidas. En este sentido son personalidades anormales.
- Existe un conflicto psíquico.
- Pueden requerir atención terapéutica, no más allá de cualquier conflicto psíquico puntual en cualquier «personalidad normal», lo que no supone trastorno mental.

Se puede considerar que hay un desarrollo anormal de los caracteres de la personalidad y que ello conduce a su diferente comportamiento. Se caracterizan por la inadaptación a la vida social, inestabilidad de la conducta y facilidad del paso al acto, es decir, acciones impulsivas (Ey et al., 1975).

Independientemente del tipo de trastorno de personalidad de que se trate, todos ellos comparten lo que podría entenderse como las características generales de las personalidades psicopáticas (Gisbert Calabuig et al., 2004):

1. Desproporción entre los estímulos recibidos y las respuestas emitidas. Hay predominio de la impulsividad, lo que no ha de confundirse con trastorno de control de los impulsos. La diferencia estriba en que en los trastornos de la personalidad la impulsividad es un rasgo de la persona, del carácter, mientras que en los trastornos del control de los impulsos es un síntoma (Sanmartín Roche, 2006). No obstante, los anticonvulsivos (gabapentina, lamotrigina, topiramato), que disminuyen la recaptación del GABA, dan buenos resultados en el tratamiento de la impulsividad (Moreno Días, 2006).
2. Disarmonía entre los elementos que integran el carácter. No hay un claro equilibrio entre inteligencia, afectividad, vida pulsional y voluntad.
3. Intolerancia psicofísica. Se trata de sujetos que suelen quejarse de todo, porque son incapaces de soportar desde las pequeñas incomodidades (calor, frío, hambre ligera y ocasional, fatiga, etc.) hasta el dolor o fenómenos naturales como los cambios climáticos.

4. Inadaptabilidad a la vida como resultado de las tres características antes citadas. El sujeto no se encuentra a su gusto en ninguna parte, empezando porque no suele sentirse bien consigo mismo. De ahí el permanente malestar, la disforia, las discusiones con los demás y los muy frecuentes cambios de empleo, lugar de residencia, amistades y parejas.
5. Conducta antisocial, de forma general, referida al hecho de que estas personas, por su falta de control, disarmonía personal, intolerancia psicofísica, impulsividad, etc., entran en frecuente conflicto con los demás, colisión que puede ser desde mínima, y expresada únicamente en el ámbito familiar, laboral o con las amistades, hasta muy evidente, que se expresa frecuentemente en conductas delictivas. Además, suele unirse a patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, es decir, son capaces de comportarse repetidamente de igual forma ante situaciones parecidas aun sabiendo que ello puede serles inútil e incluso perjudicial.

CLASIFICACIÓN

Actualmente existen dos clasificaciones de trastornos de la personalidad con repercusión internacional:

– *CIE-10*: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª edición, de la Organización Mundial de la Salud, versión 2007 (OMS, 2007): incluye los trastornos de la personalidad en el capítulo V, «Trastornos mentales y del comportamiento» (categorías F00-F99), categorías F60-F69 «Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto» y concretamente en la categoría F60 «Trastornos específicos de la personalidad» que son los que clásicamente consideramos como trastornos de la personalidad.
– *Clasificación del DSM-IV-TR:* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders —DSM—) de la American Psychiatric Association, texto revisado de su IV versión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2008). En comparación con la DSM-III, esta versión establece una correlación de criterios con la CIE-10.

Si bien en desuso, debe reconocerse el valor de la clásica clasificación de Kurt Schneider (1962), en la que se utiliza el término psicópata. Fue la clasificación no sistemática más difundida y los dividía en hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos (con dos variantes: anancásticos y sensitivos), fanáticos, con afán de notoriedad, lábiles del estado de ánimo, explosivos, desalmados y asténicos.

Las últimas teorías apuntan que, salvo el trastorno antisocial de la personalidad, quizá las demás sean formas *minor* de otras categorías diagnósticas (Moreno Días, 2006). Así, el trastorno por evitación podría ser una forma menor de las fobias; el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, una forma menor del trastorno obsesivo-compulsivo; el trastorno esquizotípico, una forma menor de la esquizofrenia; y el trastorno paranoide de la personalidad, una forma menor del trastorno de ideas delirantes. La diferencia estribaría en:

– Por lo general, los trastornos de la personalidad son egosintónicos, en sintonía consigo mismo, por lo que no sufren por su trastorno.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

– En los trastornos de personalidad no hablamos de síntomas como en los trastornos mentales, sino de rasgos de la personalidad, de formas de ser.

En relación con dichos rasgos, TYSER en 1996 establece tres tipos (Moreno Días, 2006):

– *Tipo I:* asimilable al de rasgos de personalidad acentuada. La interferencia de éstos en el funcionamiento sólo se manifiesta en situaciones estresantes.
– *Tipo II:* trastornos de personalidad clasificables en una sola categoría.
– *Tipo III:* trastornos de la personalidad clasificables en dos o más categorías (trastornos mixtos de la personalidad).

En este sentido, los verdaderos trastornos de la personalidad serían los antisociales, pues es innegable que vienen marcados fundamentalmente, como en ningún otro trastorno de la personalidad, por los comportamientos sociales, si bien sobre una base previa (cualidades formales y materiales del carácter de Wyrsch).

TIPOS

Según la CIE-10 (OMS, 2007) la categoría de trastornos específicos de la personalidad incluye trastornos graves de la personalidad y del comportamiento del individuo, no como consecuencia directa de enfermedad o daño cerebral o de otro trastorno mental, que generalmente afectan a varias áreas de la personalidad y que suelen ir acompañados de importante angustia personal y desórdenes sociales y manifestarse desde la infancia o la adolescencia y continúan durante toda la edad adulta.

No obstante, los demás rasgos diagnósticos complementarios son específicos de cada subtipo, de los que destacamos los siguientes.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Es más frecuente en hombres que en mujeres y se manifiesta en la edad adulta. Su principal particularidad es la tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas o amenazantes (Gisbert Calabuig et al., 2004).

En este tipo de personalidad se produce una hipertrofia o sobrevaloración del yo (Marcó Ribé et al., 1990). Su afectividad se caracteriza por una hipersensibilidad emocional, de ahí la posibilidad de captar hasta los mínimos detalles; a menudo presentan tensión, ansiedad y preocupación; son fríos, distantes, con falta de ternura o cariño y falta de humor. A menudo aflora el sentimiento de rencor. Predomina un pensamiento de desconfianza, rígido y con ideas de referencia. Son típicos en ellos los celos patológicos. Se creen personas importantes, por encima de los demás y establecen diferencias marcadas en este sentido. Les preocupa ser autosuficientes e independientes. Tienden a sobrevalorar e interpretar los mínimos detalles o acciones y siempre consideran que la culpa es de los demás, a los que juzgan con dureza, de forma despótica, y son incapaces de olvidar lo que consideran ofensas.

Es típico que carezcan de amigos, que interpretan como culpa de los demás, evitan la intimidad, son problemáticos en la relación de pareja y

suelen ser personas discutidoras, querulantes, con elevado grado de tensión y ansiedad y con tendencia a atacar para defenderse de lo que consideran ataques contra ellos. Viven las situaciones de forma expectante y vigilante hasta controlarla. Suelen ser despóticos con los que consideran inferiores y sumisos con los que saben que son superiores, por ello disfrutan del liderazgo del grupo.

Es bastante difícil, en ocasiones, establecer el diagnóstico basado en un pensamiento paranoide, debido principalmente a la gran reserva que suelen establecer hasta alcanzar un grado intenso de confianza. Ha de establecerse el diagnóstico diferencial con los trastornos esquizoide y antisocial de la personalidad y con el trastorno delirante y la esquizofrenia.

En caso de buscar tratamiento lo hacen por los síntomas asociados de ansiedad, tensión emocional o sus problemas de relación. Una vez conseguido el diagnóstico, su terapia es bastante compleja; son bastante resistentes, pues para ellos los equivocados son los demás.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Se hacen patentes al inicio de la vida adulta y son poco frecuentes. Los síntomas esenciales de este trastorno son indiferencia a las relaciones sociales y nula expresividad emocional (Otero, 1993). Están faltos de emociones, incapaces de expresar ni siquiera sentimientos de hostilidad o agresividad.

Su afectividad es muy limitada, plana, sin muestras de emoción alguna. Indiferentes tanto a la crítica como a la felicitación por sus acciones; suelen presentar estados distímicos. Su pensamiento se caracteriza por disconformidad con su propia imagen y tendencia a la interiorización. Observan más que intervienen. Son indecisos y ambiguos en su forma de pensar y actuar. Suelen presentar fobias que, en ocasiones, conllevan maniobras de evitación.

Por todo ello suelen preferir vivir solos, aislados de los demás; acostumbran a estar solteros o sin pareja; puede parecer incluso que rehúsan el contacto sexual. Carecen de habilidades sociales, siempre parecen estar ausentes y son muy poco participativos. Este tipo de personalidad presenta notable proclividad a la delincuencia; a menudo sus acciones son de una refinada crueldad, lo que indica la idea de una mentalidad primitiva, salvaje, inferior y prelógica (Mira et al., 1961).

Ha de establecerse un diagnostico diferencial con los trastornos esquizotípico, antisocial y paranoide de la personalidad.

Es muy difícil que soliciten ayuda o tratamiento por su trastorno; si acaso, por algún síntoma concomitente. Es difícil su abordaje terapéutico, si bien las técnicas de tipo cognitivo-conductual parecen dar resultados.

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Su prevalencia se establece en aproximadamente un 2-3%, hay mayor incidencia entre familiares de pacientes que sufren esquizofrenia y predomina en el sexo masculino (Kaplan et al., 1991). Sus rasgos principales son la «rareza» y la excentricidad del comportamiento.

Poseen una ansiedad permanente, sobre todo de tipo social, pues suelen incomodarse ante situaciones en que están presentes o participan personas

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

desconocidas, su capacidad de afecto es limitada, pues suelen mostrarse fríos y sin respuesta ante gestos o expresiones de afecto de los demás. Su pensamiento se caracteriza por ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico y pueden manifestar suspicacia o ideación paranoide, sin llegar a ideas delirantes. Esto suele conducir a un lenguaje de contenido extraño o llamativamente abstracto (sin llegar a una alteración patológica tipo incoherente o disgregado) y pobre, disgregado o vago en su forma. Pueden tener experiencias perceptivas atípicas (presencia de personas ausentes) o ilusiones, sin llegar realmente a alteraciones de la percepción (alucinaciones o seudoalucinaciones).

Ello les conduce a comportamientos extraños o excéntricos, al igual que lo suele ser su aspecto, falta de relaciones sociales, más allá de las precisas, y de amigos, y relaciones de pareja conflictivas.

Ha de establecerse diagnóstico diferencial principalmente con la esquizofrenia y los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y límite.

Al igual que en la esquizofrenia, suele prescribirse tratamiento con antipsicóticos y psicoterapia.

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Es el «psicópata» en el argot popular, y se corresponde con la *moral insanity* de PRITCHARD y el tipo antisocial del DSM-IV (Gisbert Calabuig et al., 2004). Son los «desalmados» de la clasificación de Schneider (1962).

Es un trastorno que suele dar síntomas de sospecha en la primera infancia o adolescencia en forma de escapadas de casa, absentismo escolar, crueldad con los amigos o animales, peleas frecuentes, mentiras, desobediencia, robos o hurtos y otras conductas en contra de las normas o reglas establecidas. Se da en hombres y mujeres, con mayor prevalencia en el sexo masculino. Se considera que existe una predisposición genética, pero que se precisa de la interacción de factores sociales o ambientales que propicien su aparición. Sus rasgos principales son la impulsividad, con escasa tolerancia a la frustración, inconstancia, volubilidad, facilidad de engaño, frialdad e incapacidad para sentir culpa o remordimientos, con marcada crueldad hacia los demás o los animales, y conductas en contra de las normas sociales (antisocial).

Su afectividad es plana, con frialdad absoluta, pues son incapaces de sentir, si bien pueden simularla extraordinariamente bien; son las personalidades psicopáticas que se caracterizan por embotamiento afectivo frente a los demás (Kraepelin, 1913). Carecen totalmente de remordimientos, así como de la capacidad de perdonar, y poseen una absoluta despreocupación por los sentimientos de los demás; no obstante, tienen tendencia a la irritabilidad, la tensión y la depresión. Su pensamiento tiene rasgos paranoides, si bien no muy acentuados, pues su tendencia a descargar la culpa sobre los demás puede ser más una excusa de su forma de comportamiento.

Éste se caracteriza por ir siempre contra la norma y una evidente crueldad, que incluso le produce placer. Con frecuencia son consumidores de alcohol y drogas de adicción. Son inestables laboralmente y en las relaciones sociales y de amistad, e incapaces de mantener relaciones de pareja, con tendencia a la promiscuidad y al maltrato. Esto conduce a que, desde el punto de vista médico-legal, sea frecuente detectarlos en las consultas de valoración psiquiátri-

ca por estar inmersos siempre en el mundo de la ilegalidad y marginalidad, y como consecuencia de considerar que los brutales actos que en ocasiones cometen están llevados a cabo por personas con grave alteración psiquiátrica que, de una forma u otra, los debe hacer irresponsables, pues no se les puede entender dentro de los cánones de comportamiento de la mayoría de las personas.

Se ha de establecer el diagnóstico diferencial con conductas antisociales del adulto por causas de adicción a drogas, episodios maníacos o brotes psicóticos en relación con aquéllas.

Hoy por hoy, se consideran de mal pronóstico en cuanto a su posible remisión con medidas terapéuticas. No hay evidencias de un tratamiento eficaz, y mientras unos especialistas se decantan por el psicoanálisis, otros abogan por psicoterapia conductista o cognitiva. Asimismo, su reclusión en centros especializados o penitenciarios es inútil, por la imposibilidad de hacerlos partícipes en el aprendizaje de conductas o normas sociales, así como su «incapacidad» de sentir culpa o arrepentimiento; curiosamente su conducta en estas instituciones suele ser ejemplar, dada su capacidad de engaño y manipulación, y así consiguen beneficios penitenciarios, lo que deja entrever la voluntariedad de sus acciones. En todo caso, lo único favorable es que parece producirse una atenuación de los rasgos antisociales con la edad.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD)

Su denominación como límite hace referencia a que los rasgos de la personalidad se hallan entre los neuróticos y los psicóticos; son los clásicamente llamados neurosis del carácter (Moreno Días, 2006). Se hace evidente al inicio de la edad adulta y es más frecuente en la mujer. Sus rasgos de identidad son la inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y vínculos personales internos (Otero, 1993). Son los «explosivos» descritos por Schneider (1962).

Su afectividad se caracteriza por una marcada inestabilidad: alternan en cuestión de días, incluso horas, estados depresivos con estados de gran tensión, ansiedad, irritabilidad, incluso con posibles ataques de autoagresividad o heteroagresividad. Poseen una visión pesimista de la realidad y del mundo que los rodea y albergan sentimientos de hastío y vacío permanentes. Toleran mal la frustración y el rechazo. En su pensamiento presentan una alteración de su identidad y autoimagen e importantes dudas acerca de sus objetivos. En ocasiones, pueden presentar alteraciones evidentes del pensamiento y la sensopercepción por la incursión de cuadros psicóticos breves.

Se caracterizan por carecer de recursos personales para desenvolverse en la vida, con tendencia a distimia, depresión mayor y conductas autodestructivas, como consumo de drogas o suicidio. Asimismo, pueden presentar conductas antisociales o, cuando menos, temerarias.

Su diagnóstico puede venir dificultado por la riqueza y la variabilidad sintomática, pues suelen presentar o alternan síntomas histriónicos, obsesivos, antisociales, psicóticos, depresivos, ansiedad-angustia o psicosomáticos. Su diagnóstico diferencial ha de realizarse con fases de inicio de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo en general, trastornos de la personalidad esqui-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

zoide y esquizotípico (extraños), trastornos de la personalidad antisocial, histriónico y narcisista (emotivos o teatrales), trastorno dependiente de la personalidad y trastorno orgánico de la personalidad.

Su pronóstico vital es variable, por el riesgo de depresión, conductas autoagresivas o antisociales. En su tratamiento, con respuesta igualmente variable, se emplean psicoterapia de apoyo y cognitiva y farmacoterapia con antidepresivos y antipsicóticos. Al igual que los trastornos antisociales, la edad parece atenuar los rasgos con tendencia a la mejoría sintomática.

La CIE-10 (OMS, 2007) no considera la categoría de trastorno límite, sino la de «trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad» (F60.3), en el que hay una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto con un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Se suele hacer evidente al inicio de la edad adulta y se manifiesta principalmente en las relaciones interpersonales. Ocasionalmente puede iniciarse en la edad escolar, en que se manifiesta por dificultad en la educación y el aprendizaje. Se caracterizan por la creencia de ser superiores a los demás y de éxito merecido, conjugados con una baja capacidad de aceptación de crítica y mínima empatía.

En la esfera afectiva presentan de base un estado de ánimo deprimido, en que pueden asociarse depresión mayor o distimias, y emocionalmente son fríos e indiferentes; no soportan bien la crítica, que crea en ellos más agresividad que frustración y, dado que su autoestima es débil, si bien dan otra apariencia, con frecuencia el éxito de los demás les crea un sentimiento de envidia. Poseen la creencia de que son superiores a los demás, y por ello han de recibir diferente trato, lo que les impide conocer y aceptar sus propias capacidades; es frecuente que culpen a los demás de los errores, máxime si gozan de mayor éxito; el éxito de los demás es su fracaso y viceversa, el fracaso de los demás lo viven como éxito, pues lo consideran injusto e inmerecido.

Su ambición de éxito marca su forma de actuar; se convierten en obsesivos, egoístas y aprovechados, pues no perderán la mínima oportunidad para hacerse con los méritos ajenos; no obstante, suelen alimentarse de fantasías, y tienen bajo rendimiento en situaciones reales de esfuerzo y trabajo.

Suelen acompañarse de síntomas característicos de los trastornos antisocial, histriónico y límite de personalidad, lo que obliga a su diagnóstico diferencial. Como posibles complicaciones destacan la distimia, la depresión mayor y la reacción psicótica breve (Otero, 1993).

Son difíciles de tratar, pues están en la creencia de superioridad y razón en las cosas; es excepcional que busquen tratamiento, a no ser por síntomas depresivos o psicóticos asociados. Las terapias más empleadas son el psicoanálisis y la cognitiva, si bien, como en la generalidad de los trastornos de personalidad, son de pobres resultados.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Suele iniciarse en la adolescencia o en edad juvenil, y es de mayor prevalencia en el sexo femenino. Sus principales rasgos son emotividad exacerbada y búsqueda permanente de atención. Son los «necesitados de estimación ajena» de SCHNEIDER o «filotímicos» de LÓPEZ IBOR (Marcó Ribé et al., 1990).

Su afectividad es llamativa por los bruscos cambios de estado de ánimo y humor, generalmente producidos por su escasa o nula tolerancia a la frustración; suelen reaccionar de forma exagerada ante mínimos estímulos y con frecuencia padecen ansiedad, principalmente cuando se rompen o están en conflicto sus relaciones personales. Asimismo, su rasgo más llamativo es el sentimiento de dependencia. Su pensamiento está marcado por la suspicacia (ideación paranoide de perjuicio), egocentrismo y fantasía. Es característica su expresividad verbal pero de poco contenido.

Su forma de actuar viene marcada por su sentimiento de dependencia, con actitudes encaminadas siempre a llamar la atención, sugestionables y teatrales, y establecer lazos de estrecha unión; en apariencia, son seductoras y de fácil relación, pues en la intimidad llama la atención su frialdad emotiva, lo que interfiere en gran medida en sus relaciones de pareja. Para llamar la atención no dudan en mentir, incluso de forma desaforada, lo que constituye la «seudología fantástica» cuando llegan a creerse sus propias mentiras (Gisbert Calabuig et al., 2004). Su fachada es de gran vitalidad y actividad, y en el fondo domina un ánimo débil.

Se asocian con frecuencia síntomas físicos, como jaqueca y astenia y tienen tendencia a la somatización. Ocasionalmente, pueden presentar incursiones psicóticas y episodios distímicos que pueden ser causa de alcoholismo, drogadicción (psicofármacos) y de intentos de suicidios reales, a diferencia de los no infrecuentes intentos fingidos, como otra forma de llamar la atención. Las personalidades histriónicas en situaciones de estrés pueden presentar una alteración de la valoración de la realidad, intensa producción fantástica y creencias delirantes sobre las motivaciones de actos o palabras de los demás (Freedman et al., 1990).

Ha de establecerse el diagnóstico diferencial principalmente con los trastornos narcisista y límite de la personalidad, trastorno de la personalidad por dependencia, trastornos por somatización y, en ocasiones, con trastornos del estado de ánimo depresivos.

Son de resultados pobres las terapias cognitivas, psicodinámicas y psicoanalíticas, que se hallan entre las más empleadas. Asimismo, es realmente difícil que busquen ayuda terapéutica si no es por síntomas depresivos o psicóticos asociados, o en los casos de intento de suicidio.

TRASTORNO POR DEPENDENCIA DE LA PERSONALIDAD

Es un trastorno más común de lo que se cree, de predominio principalmente en el sexo femenino. Algunos autores sitúan como causa predisponente traumas infantiles de separación. Suele presentarse al inicio de la vida adulta, y su expresión es principalmente en el ámbito de relación (sentimental, familiar) más que en el social.

Su característica principal es la necesidad de dependencia, que incluso llega a la sumisión, la cual se acompaña de falta de autoconfianza y autoestima e

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

hipersensibilidad a las críticas, lo que globalmente produce dificultad, a veces incapacidad, de proyectos o planificación de futuro; en definitiva, dependerán de alguien pues carecen de iniciativa propia.

Su afectividad está marcada por trastornos depresivos del estado de ánimo, y a menudo predomina la ansiedad en su mundo emocional, la cual puede expresarse en forma de crisis, en ocasiones coincidentes con dificultades u obstáculos por su baja tolerancia a la frustración. Tienen un permanente sentimiento de amenaza de abandono, lo que les lleva a estrechar, en ocasiones erróneamente, sus lazos de dependencia. Su pensamiento está dominado por la creencia de su incapacidad y falta de iniciativa; están convencidos de la superioridad de los demás respecto de ellos, lo que mina aún más su falta de estima y confianza en sí mismos; son los clásicamente denominados «inseguros de sí mismos» (Kurt Schneider, 1962). Su conducta, pues, está marcada por estas pautas: confían las decisiones a los demás, huyendo de tal responsabilidad, y por lo general no expresan ni hacen valer sus opiniones; enfrentarse a estas situaciones les produce gran ansiedad e inestabilidad en su estado de ánimo.

Puede ir asociado a otros trastornos de personalidad y trastornos por angustia, y con frecuencia desarrollan trastornos de ansiedad y distimias; incluso llegan a la depresión mayor. Ha de establecerse el diagnóstico diferencial en estos casos, para concretar si se trata o no de verdaderos trastornos de dependencia de base, y específicamente con la agorafobia (Kaplan et al., 1990), si bien, mientras en los trastornos por dependencia los individuos tienden a mantener su postura dependiente de forma pasiva, los agorafóbicos tienen más posibilidades de insistir activamente en que los demás se responsabilicen de ellos (Otero, 1993).

Parece que se obtienen buenos resultados con las terapias cognitivo-conductual; otros autores consideran adecuado el psicoanálisis. El desarrollo de cuadros depresivos graves y que se produzca una relación de dependencia con el terapeuta son factores que dificultan de forma severa su tratamiento.

TRASTORNO POR EVITACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Suele comenzar al inicio de la edad adulta, con predominio en el sexo femenino. Su expresión es patente en los diversos ámbitos (social, laboral, familiar, de relación). Su característica principal es el miedo social y de situación (podría establecerse analogía con el miedo escénico), por lo que generalmente se establecen conductas con el fin de evitarlo.

Su estado de ánimo suele ser depresivo y poseen baja tolerancia a la frustración y a la crítica; les «aterra» el ridículo. Les domina de forma permanente un sentimiento de falta de capacidad y, al igual que los dependientes, carecen de autoconfianza.

Su forma de actuar es acorde con su «miedo escénico», con su creencia de la desaprobación de los demás, por lo que evitan cualquier situación que puedan considerar tendente a «probar su valía» y, por lo tanto, a hacer evidente o justificado el rechazo de los demás, lo que les conduce a la soledad y el aislamiento, alternativa preferible al sufrimiento que su creencia, injustificada, de rechazo o desaprobación de los demás les produce. Éstos son los psicópatas «asténicos» descritos por Kurt Schneider (1962), y en ellos dominan los rasgos de

timidez, introversión, inhibición, ansiedad en situaciones sociales por miedo a la evaluación negativa, sentimientos de inseguridad e inferioridad, baja autoestima e hipersensibilidad a las críticas, así como la tendencia a una vida solitaria si no se obtienen garantías de ser aceptado en un determinado grupo (Talbott et al., 1989). No obstante, se acercan más al tipo «sensitivo» de SCHNEIDER que al «asténico», en el que predominaría la fatigabilidad por encima de todo (Gisbert Calabuig et al., 2004).

Con frecuencia se asocian trastornos de ansiedad, distimia e incluso depresión. Ha de establecerse diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoide de la personalidad (por el aislamiento social) y fobias en general, donde suelen aparecer maniobras de evitación.

Entre las diversas terapias empleadas se hallan las cognitivo-conductuales, el psicoanálisis y las de tipo psicodinámico, en que se intenta enfrentarlo a situaciones para vencer su «miedo escénico».

TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Se presenta en la edad adulta y fundamentalmente se hace expresiva en los ámbitos social y laboral más que familiar. Se caracteriza por la expresión conductual de resistencia a las demandas o exigencias de los demás, si bien esta resistencia lo es en forma pasiva.

Su afectividad viene marcada por un estado permanente de irritabilidad y malhumor y baja tolerancia a la frustración. Presentan pensamientos negativos hacia la forma de ser o hacer las cosas, pues consideran que deberían ser o hacerse de otra forma, lo que combinan con una ideación seudoparanoide de perjuicio, pues creen que los demás se aprovechan de ellos, o que actúan arbitrariamente o en su beneficio, máxime si se trata de personas que tienen autoridad sobre ellos, a los que suelen someter a crítica permanente, en ocasiones despiadada. Consideran las normas como imposiciones para coartar y controlar su libertad; no admiten sugerencias y pasan a considerarse víctimas del sistema. Pesimistas en la forma de pensar, tienden a culpar a los demás cuando algo no va bien y creen que algo malo ocurrirá si por el contrario las cosas van bien. Tienen tendencia a pensamientos de tipo mágico-religioso.

Su conducta es la de oposición como forma de resistencia, lo que conlleva una evidente ineficacia laboral, sobre todo para trabajos en equipo. Tienden al retraso o la lentitud de ejecución, protestas permanentes, interfiriendo o dificultando, en ocasiones de forma grave, el trabajo de los demás. Esto conlleva, a su vez, fracaso laboral, pues son apartados del grupo, no tenidos en cuenta por los compañeros o no promocionados por los superiores, lo que crea sentimientos de frustración y aumenta su irritabilidad permanente, que pasa paulatinamente a transformarse en hostilidad; pueden ser proclives a la venganza, por considerar culpable a todo aquel que no comparte su forma de pensar. En definitiva, presentan una resistencia agresiva, si bien expresada de forma pasiva y por lo general indirecta, pues en apariencia actúan con buen agrado o actitud de víctima, sobre todo ante los ajenos a su ambiente laboral.

Tienden a la ansiedad, sobre todo en forma de crisis, y la depresión. Ha de establecerse diagnóstico diferencial principalmente con trastorno de la personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo y paranoide de la personalidad, así como trastornos depresivos y distímicos, entre otros.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Entre las diversas terapias empleadas se hallan las cognitivo-conductuales, el psicoanálisis y las de tipo psicodinámico; el mayor problema para su tratamiento es la nula conciencia de su problema, pues no lo reconocen: son los demás los que actúan mal y no ellos. De hecho, la iniciativa propia de asistir al especialista es caso excepcional: son los amigos, familiares o compañeros de trabajo en ocasiones quienes se lo recomiendan o los convencen de forma cautelosa para ello. Tienden a desarrollar una relación prolongada ambivalente dependiente con el psicoterapeuta; frecuentemente culpa a éste de los cambios de situación vital (Marcó Ribé et al., 1990).

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

Se manifiesta principalmente en la vida adulta, de mayor incidencia entre los varones, y principalmente se hace evidente en el ámbito laboral. Se caracteriza por dos rasgos principales: el perfeccionismo y la inflexibilidad (Otero, 1993). Es la personalidad «anancástica» de Schneider (1962).

Son personas con baja afectividad, casi plana, lo que los hace fríos: insensibles ante el afecto de los demás e incapaces de mostrar afecto. Suelen padecer tensión emocional, que no es infrecuente que descarguen en forma de crisis. Su forma de pensar se caracteriza por la rigidez, la racionalización más que la imaginación y el perfeccionismo, preocupados siempre por la forma, el detalle y la posibilidad de equivocarse.

Esto condiciona su conducta, encaminada siempre a la perfección en las formas y el detalle, con tendencia a la rigidez en el cumplimiento de normas y acciones rutinarias y constantes comprobaciones y repeticiones como forma de poder mantener su mundo perfecto, lo que en ocasiones conduce, paradójicamente, a la desorganización y falta de rendimiento. Son tenaces, perseverantes, ajustados a las normas en exceso, detallistas, preocupados por el error y sin capacidad para arriesgar, improvisar y tomar decisiones.

Los trastornos con mayor frecuencia derivados de este tipo de personalidades son: trastorno obsesivo-compulsivo, distimias, trastornos de ansiedad y depresión mayor, y su diagnóstico diferencial principal será con el trastorno obsesivo-compulsivo, en el que sí existen verdaderas compulsiones como formas de acción impulsivas, repetitivas, vacías de contenido y carentes de sentido o finalidad, encaminadas a controlar ideas obsesivas. La terapia cognitivo-conductual parece la de mayor resultado, a la que habrá que añadir el tratamiento propio de trastornos asociados (depresión, ansiedad).

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

CAPACIDAD DELICTIVA

El psicópata es «delincuente» en potencia (Gisbert Calabuig et al., 2004), si bien ni todos los psicópatas llegan a delinquir ni todos los delincuentes son psicópatas. Las características comunes de base que comparten (desproporción entre los estímulos recibidos y las respuestas emitidas, disarmonía entre los elementos que integran el carácter, intolerancia psicofísica, inadaptabilidad a la vida) son la causa de su conducta antisocial, que entra en frecuente conflicto con los demás, ya sea en el ámbito familiar, laboral, con las amistades o al transgredir

la ley, conducta antisocial a la que, como ya comentamos, se unen patrones de inflexibilidad y desadaptación. A ello, además, hay que sumar el hecho de la permanencia del trastorno durante toda la vida, con lo que su capacidad delictiva es duradera e impredecible.

En general, pueden tender a delitos contra la propiedad, estafas, robo, chantaje, extorsión, delitos contra la libertad sexual y delitos contra las personas (lesiones, delitos de sangre, secuestro). Pero si bien sus características de base los hacen proclives a la conducta antisocial, no siempre delictiva, sus características específicas marcan dichas pautas de conducta; de esta forma, serán siempre conflictivos, sobre todo en el ámbito familiar y laboral, los trastornos obsesivo-compulsivos, los pasivo-agresivos, por evitación y los narcisistas. Los trastornos por dependencia cometerán, si acaso, transgresiones por omisión; los histriónicos, mayor tendencia a las denuncias falsas, coacciones, calumnias y cualquier comportamiento abocado a llamar la atención, incluidas falsas tentativas de suicidio; los paranoides, a actitudes querulantes que llegan incluso a los delitos de sangre. Y resta toda la variedad delictiva en manos de los límites, esquizotípicos, esquizoides y, sobre todo, los disociales, donde encaja cualquier tipo de acción, como su propio nombre indica, antisocial, sin importar contra quien, cómo, cuándo y dónde, y aún menos las consecuencias.

FACULTADES INTELECTIVAS Y VOLITIVAS

De forma general, consideramos que en los trastornos de personalidad las facultades intelectivas y volitivas en el momento de la acción delictiva no están alteradas.

Su inteligencia está integra, a no ser que se asocie un retraso o deficiencia mental de algún tipo. Además, por lo general se trata de personas con CI en límites elevados del intervalo normal.

Igual cabe decir de sus facultades volitivas, sin alteración de conciencia y sin que se pueda considerar en absoluto su impulsividad típica como un déficit de control de los impulsos, que realmente no padecen.

Simplificando el concepto, al igual que un color determinado es la mezcla en mayor o menor proporción de los tres colores básicos, azul, rojo y verde, la personalidad sería la mezcla, arbitraria y en mayor o menor grado, de rasgos paranoides, esquizoides, antisociales, límites, histriónicos, narcisistas, de evitación, de dependencia, obsesivo-compulsivos y pasivo-agresivos. Siguiendo la analogía, lo ideal sería la combinación equilibrada de todos los rasgos en su justa medida, al igual que el color blanco está situado en el centro del espectro de colores.

A su alrededor se situarían la gran mayoría de las personalidades consideradas como normales, en las que determinado rasgo o rasgos pueden predominar algo más que los demás, rasgos que a cada uno nos caracterizan, al igual que en el espectro de colores tendríamos los millones de colores en diversas tonalidades que se sitúan alrededor del blanco y que conforman colores tono pastel.

A medida que nos alejamos del equilibrio perfecto, o la media conformada a su alrededor, nos iríamos acercando a las personalidades que, sin ser trastornos, sí son de rasgos (paranoide, narcisista, histriónico, etc.) acentuados, hasta encontrar en los extremos los trastornos de personalidad, que serían aquellos

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

en que uno o varios rasgos de personalidad dominan en exceso, y así se originan personalidades o formas de ser diferentes de la media, de lo considerado como normal (en el espectro de colores corresponde a todos los colores oscuros, poco luminosos, en los que uno de los colores básicos domina en exceso).

En este sentido los trastornos de personalidad no son otra cosa que personalidades en las que uno o varios de los rasgos que las conforman dominan en exceso; no serían considerados estrictamente como trastornos mentales, lo que no quiere decir que no necesiten atención especializada. Son «formas de ser» diferentes de la media, por lo que pueden sufrir conflictos intrapsíquicos u otros trastornos derivados que precisen atención psiquiátrica o psicológica.

Podríamos decir en sentido relativo que, si bien las psicopatías son trastornos de interés en psiquiatría clínica, dado que pueden precisar atención médica o psicológica (independientemente de sus resultados), no lo serían desde el punto de vista de la psiquiatría forense, en la cual su interés deriva más de que expliquen por sí solos una acción delictiva, acorde con una forma de ser, que de el hecho de que dicha acción escape al control de la voluntad del psicópata, caso excepcional. En este sentido, una psicopatía, aun pudiendo precisar atención especializada, actúa de forma libre, acorde con dicho patrón de personalidad.

De forma general, puede considerarse en los trastornos de personalidad respecto de sus facultades en el momento de la acción delictiva:

- *Capacidad de conocer:* el trastorno de personalidad no impide al sujeto que lo padece conocer el valor de la acción en el momento de cometerla, es decir, conoce perfectamente la bondad o maldad del acto que realiza, dado que dicho trastorno no altera en este sentido sus facultades intelectivas ni volitivas (ni antes, durante ni después de la acción). De forma general, la capacidad de conocer está conservada en los trastornos de personalidad, si bien puede ser que, en casos de psicopatías muy graves o acentuadas o cuando se asocia otro trastorno (trastornos del estado de ánimo, trastornos de las emociones, cuadros psicóticos), pueda haber una alteración, que habría de valorarse en su justa medida a tenor de las circunstancias y el trastorno específico que pudiera ser su causa.
- *Capacidad de obrar según conocimiento:* si bien es verdad que, de forma general, en los trastornos de personalidad hay una gran impulsividad de base, es decir, suele haber una cierta desproporción entre los estímulos recibidos y las respuestas emitidas, también es verdad que sólo en casos muy extremos, en que realmente pudiera establecerse un déficit de control de los impulsos grave, podría considerarse la afección de la capacidad de obrar por un déficit volitivo. Como anteriormente decíamos, no debe confundirse impulsividad con alteración o trastorno del control de impulsos, ya que aquélla es un rasgo en los trastornos de la personalidad y un síntoma en los trastornos del control de impulsos propiamente dichos (Sanmartín Roche, 2006) así como en otros trastornos mentales donde podemos hablar de alteración de control (defecto esquizofrénico, trastorno orgánico de la personalidad, etc.).

No obstante, habrá que individualizar cada caso y analizar dichas facultades justo en el momento de la acción, dificultad que entraña todo caso de valoración de «imputabilidad» desde la perspectiva médico-forense.

Por lo que se refiere a la capacidad para gobernar su persona y bienes, de igual forma, sobre la base de indemnidad de facultades volitivas e intelectivas, estaría conservada. No obstante, debe considerarse la posibilidad, por la exquisitez que se requiere de facultades en el ámbito civil, de que determinados trastornos, como pueden ser los paranoides, esquizoides, esquizotípicos, por dependencia y obsesivo-compulsivos, en grado extremo, puedan precisar la incapacitación como forma de protección de la persona, para procurar su cuidado y el de sus bienes.

En el ámbito laboral es más evidente su conflictividad que su incapacidad laboral, la cual realmente no existe, salvo excepciones, como podrían ser las obsesiones exacerbadas o los trastornos de afectividad (ansiedad, crisis de pánico, depresión, etc.) que en ocasiones los acompañan.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Trastornos psicóticos

34

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 412
Psicosis persistentes 413
Esquizofrenia 413
Clínica 413
Formas clínicas 415
Diagnóstico diferencial 416
Evolución y pronóstico 416
Tratamiento 417
Trastorno delirante persistente 417
Clínica 418
Diagnóstico diferencial 419
Evolución, pronóstico y tratamiento 419
Trastorno esquizotípico 419
Trastorno esquizoafectivo 420
Psicosis transitorias 420
Psicosis tóxicas 420
Psicosis agudas y transitorias 421
Trastorno psicótico inducido 422
Valoración médico-forense 422
Capacidad delictiva 422
Esquizofrenia 423
Trastorno delirante persistente 424
Psicosis transitorias 424
Facultades intelectivas y volitivas 424

Se conoce con el término psicosis un grupo numeroso de trastornos mentales que se desarrollan en un sujeto sano o con una predisposición especial, en cualquier momento de su curso vital, que cursan de forma aguda o crónica con afectación de las funciones psíquicas, y alteran la capacidad de conocer y/o razonar, la forma de ser y comportarse y que pueden transformar profundamente la personalidad (Gisbert Calabuig et al., 2004).

Según Jaspers (1977), los procesos morbosos englobados en el calificativo «psicóticos» presentan como característica común que conducen a una «pérdida persistente de aptitudes y disposiciones psíquicas en cualquiera de sus

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

formas»: el sujeto deja de ser lo que era, alguna o varias de sus cualidades personales se modifican sensiblemente y no es raro que ya no vuelva nunca a recuperar sus caracteres primitivos.

No obstante, ambas definiciones podrán considerarse útiles para las llamadas clásicamente psicosis endógenas, de curso crónico y pronóstico incierto, que frecuentemente terminan en una profunda desestructuración de la persona.

CLASIFICACIÓN

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007) clasifica bajo el epígrafe «esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes» un conjunto de trastornos psicóticos que incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos psicóticos agudos y transitorios y trastornos esquizoafectivos. Según sus criterios, de aceptación internacional, incluye:

1. Esquizofrenia:
   - Esquizofrenia paranoide.
   - Esquizofrenia desorganizada.
   - Esquizofrenia catatónica.
   - Esquizofrenia indiferenciada.
   - Depresión posesquizofrénica.
   - Esquizofrenia residual.
   - Esquizofrenia simple.
   - Otras esquizofrenias.
   - Esquizofrenia sin especificación.
2. Trastorno esquizotípico.
3. Trastornos delirantes persistentes:
   - Trastorno delirante.
   - Otros trastornos delirantes persistentes.
   - Trastorno delirante persistente no especificado.
4. Trastornos psicóticos agudos y transitorios:
   - Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
   - Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
   - Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
   - Otros trastornos psicóticos agudos con predominio de ideas delirantes.
   - Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios.
   - Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado.
5. Trastorno delirante inducido.
6. Trastornos esquizoafectivos:
   - Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
   - Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
   - Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
   - Otros trastornos esquizoafectivos.
   - Trastorno esquizoafectivo sin especificación.
7. Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
8. Psicosis no orgánica sin especificación.

Clásicamente, las psicosis se dividían en endógenas, o de causa interna, y exógenas, de causa externa. No obstante, no es del todo mantenible esta clasi-

ficación, pues en ocasiones no está tan delimitada la participación de causas externas o internas. Es por ello preferible la clasificación de la CIE-10, si bien nosotros preferimos utilizar, a efectos prácticos desde el punto de vista médico-legal, la clasificación en psicosis persistentes y psicosis transitorias, perfectamente encuadrable en la CIE-10:

1. *Psicosis persistentes:* son las llamadas clásicamente psicosis endógenas, término introducido por MOEBIUS (Marcó Ribé et al., 1990), consideradas como las que surgen sin causa externa aparente, «desde dentro de la persona», con probabilidad constitucional y hereditaria, en relación seguramente con anomalías enzimáticas que alteran la neurotransmisión cerebral. Pero no debe negarse la interacción de factores externos en el desencadenamiento de estas psicosis, al igual que factores individuales influyen en mayor o menor medida en el desarrollo de psicosis de origen exógeno. No obstante, lo que nos interesa es su persistencia, su curso crónico, desde la perspectiva médico-legal. El grupo está formado por:
   - Esquizofrenia.
   - Trastorno delirante persistente.
   - Trastorno esquizotípico.
   - Trastorno esquizoafectivo.
2. *Psicosis transitorias:* encuentran su causa generalmente en una noxa externa, ya sea traumática, tóxica, infecciosa, etc., de ahí las clásicamente llamadas exógenas, si bien ello no siempre debe afirmarse. Nuestro interés es su comienzo agudo y duración limitada. Por interés médico-legal las dividiremos en:
   - Psicosis tóxicas (LSD, hachís, etc.).
   - Trastornos psicóticos agudos y transitorios en general.
   - Trastorno delirante inducido.

PSICOSIS PERSISTENTES

ESQUIZOFRENIA

Es una de las psicosis endógenas de mayor gravedad, por la alteración de las funciones psíquicas que produce, y de peor pronóstico, por cuanto su curso es crónico, en muy pocos casos hay recidiva, y suele afectarse finalmente la personalidad del sujeto. De ahí deriva su importancia en el campo de la medicina legal y forense, tanto en el ámbito penal, por cuanto el sujeto afecto puede ser autor de un delito, como en el campo civil, por cuanto su cronicidad, alteración de facultades y estructura base de la personalidad pueden ser causa de incapacidad. No existe constancia cierta de factores hereditarios y su mayor incidencia es en varones.

Clínica

La esquizofrenia clínicamente suele cursar en brotes, que no son más que la expresión sintomática de una agudización del cuadro psicótico, también llamada desestabilización, por cuanto el tratamiento farmacológico somete la sintomatología. La riqueza de síntomas psicóticos, y su mayor o menor expre-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

sión en el sujeto, es lo que configura las diferentes formas clínicas de la esquizofrenia. No obstante, los síntomas no sólo varían de una forma clínica a otra, sino incluso de un brote a otro en un mismo paciente, lo que sirvió a Wyrsch (1958) para sostener el concepto de «unidad nosológica» de esta afección.

De esta forma, el conjunto de los síntomas clínicos puede agruparse en:

1. *Trastornos perceptivos:* las alucinaciones constituyen un síntoma casi constante en la esquizofrenia y por lo general son alucinaciones auditivas, a las que los pacientes se refieren diciendo que «oyen voces» de contenido diverso. En ocasiones, refieren varias personas que hablan entre sí (fonemas dialogados). Las alucinaciones auditivas quizá de mayor importancia, clínica y médico-legal, son las de tipo imperativo, en las que el sujeto oye órdenes que considera de obligado cumplimiento. Otra peculiar forma de alucinación es la sonorización o eco del pensamiento, por la que el enfermo oye resonar en los diferentes lugares (en la habitación, las calles, etc.) todo cuanto va pensando, lo que suele ocasionarle una intensa angustia. Pueden presentarse, si bien con menor frecuencia, otros tipos de alucinaciones como cenestésicas, olfatogustativas, visuales, propioceptivas, etc.
2. *Trastornos del pensamiento:*
   a) *Trastornos del curso del pensamiento:* suelen estar alterados, en un grado variable de unos enfermos a otros, desde el pensamiento disgregado hasta la incoherencia o el bloqueo del pensamiento.
   b) *Trastornos de la propiedad del pensamiento:* estrechamente relacionados con la psicopatología del yo, puesto que el paciente que los sufre siente, de una u otra forma, que es incapaz de regir sus propios pensamientos. Entre los más característicos está el pensamiento impuesto, en el que el sujeto cree que no es él quien piensa, sino que otros, a los que puede identificar de una forma más o menos precisa, le obligan a pensar unas determinadas cosas. Puede presentarse la vivencia contraria, el robo del pensamiento, en que el sujeto cree que se apropian de lo que él piensa, o la divulgación de pensamiento, pues cree que lo que piensa es conocido por todo el mundo. La divulgación de pensamiento puede ser secundaria a vivencias del eco o el robo del pensamiento, y es posible que se articule con otros trastornos del contenido del pensamiento.
   c) *Trastornos del contenido del pensamiento:* el principal trastorno del pensamiento es el delirio. Surgen en los momentos iniciales de la enfermedad, desde un peculiar estado de ánimo denominado temple delirante, en el que el enfermo tiene la impresión de que «algo ocurre» o «algo va a suceder», lo que le crea angustia y perplejidad, por no saber lo que acontece. De ahí pasará al «delirio primario», constituido por la «percepción delirante», en la que el enfermo asocia una percepción a un pensamiento delirante de forma súbita y absurda, sin que pueda explicar por qué. Por eso, GRÜHLE definió la percepción delirante como una «puesta en relación, sin motivo subjetivo para el paciente» (Gisbert Calabuig et al., 2004). Junto a las percepciones delirantes aparecen las intuiciones o inspiraciones delirantes (se cree profeta, enviado de Dios, etc.). El delirio esquizofrénico se caracteriza

por componerse de ideas diversas, escasamente organizadas, con poca sistematización y, a menudo, extrañas y absurdas (a diferencia del delirio del trastorno delirante persistente), y de temática muy variada (delirio de referencia, persecución, perjuicio, de influencia, de despersonalización, de transformación corporal, hipocondríacos, etc.).

3. *Trastornos del lenguaje:* son expresión de los trastornos del pensamiento. Así, pueden presentar neologismos (por ejemplo, para expresar sus contenidos delirantes), ecolalia, mutismo, para-respuestas y otros.
4. *Trastornos de la afectividad:* es característico el embotamiento afectivo, al que tanta importancia confirió KRAEPELIN y que los autores franceses definen por dos características esenciales: el desapego y la impenetrabilidad (Ey et al., 1975). Junto con éste se puede presentar incontinencia afectiva, con arrebatos a veces de tipo colérico, y labilidad afectiva. Es característica también la ambivalencia afectiva, en la que el paciente es capaz de experimentar simultáneamente dos sentimientos afectos contrapuestos (amor-odio; alegría-tristeza).
5. *Trastornos de los impulsos y de la voluntad:* la ambitendencia es el equivalente, en el terreno pulsional, de la ambivalencia en el afectivo; el sujeto siente la necesidad de realizar dos acciones opuestas en el mismo instante. Este fenómeno se expresa a veces como «contraacciones» simultáneas (el paciente va a estrecharnos la mano, pero, cuando ha comenzado el movimiento, la retira bruscamente; levantarse para irse y volver a sentarse al instante). De igual forma, pueden observarse actos impulsivos carentes de sentido, que el mismo paciente es incapaz de explicar, tales como fugas, atentados sexuales, autoagresiones y heteroagresiones. Dichas impulsiones tienen un gran interés médico-legal. Es igualmente frecuente una intensa abulia, que conduce a la ausencia de motivaciones. También es frecuente la reticencia, el rechazo, el negativismo y oposicionismo y, en el caso contrario, la obediencia automática.
6. *Trastornos psicomotores:* pueden presentarse manierismos, que configuran una conducta extravagante y extraña, paranimias o expresiones paradójicas (el enfermo ríe cuando dice estar triste o llora cuando está alegre), gesticulaciones continuas, muecas, estereotipias, que pueden ser de posición o movimiento, ecopraxia y otros trastornos de la psicomotricidad; es llamativa la acinesia y, como su máxima expresión, la catatonia o la «flexibilidad cérea» o, por el contrario, los cuadros de agitación psicomotriz, cuadros relacionados, por lo general, con síntomas delirantes o alucinatorios.
7. *Otros trastornos:* por lo general, no hay trastornos de la conciencia, de la atención o la memoria. Asimismo, la inteligencia está conservada, salvo en cuadros avanzados de defecto esquizofrénico tipo seudodemencia, en los que el rendimiento intelectivo va quedando desplazado, el trastorno afectivo, trastornos del curso del pensamiento y la desestructuración de la personalidad.

Formas clínicas

Clásicamente se distinguen como formas clínicas de la esquizofrenia:

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

- *Esquizofrenia paranoide:* es la más frecuente y también la de mejor pronóstico. En ella predominan el delirio y las alucinaciones acústicas con contenido paranoide de perjuicio, persecución, celos, etc.
- *Esquizofrenia hebefrénica:* es de comienzo precoz y mal pronóstico y en ella predominan los trastornos del curso del pensamiento (disgregación), el comportamiento pueril y la devastación afectiva con abulia e inercia.
- *Esquizofrenia catatónica:* la afección psicomotriz domina esta forma, desde los extremos de agitación o estupor hasta los amaneramientos, paranimias, catalepsia, etc.
- *Esquizofrenia residual:* también denominada «defecto esquizofrénico», es la consecuencia de una evolución procesal, lenta y paulatina o, por el contrario, el resultado final de varios episodios o «brotes». El enfermo ya no presenta síntomas «positivos» (delirios, alucinaciones, agitación psicomotriz, etc.), sino que permanece en un estado en el que predominan los síntomas «negativos» o deficitarios: autismo, embotamiento afectivo, pensamiento empobrecido o disgregado, ideas de referencia, abulia, falta de expresividad, conductas extravagantes, descuido en el vestir, falta de aseo personal, etc., lo que suele conllevar grave deterioro social y laboral.
- *Esquizofrenia simple:* el concepto de esquizofrenia simple se mantiene para referirse a una forma clínica en la que, mediante un proceso insidioso, van apareciendo síntomas predominantemente «negativos» (disminución progresiva de los rendimientos sociales y laborales, tendencia al aislamiento y el autismo, abulia, embotamiento afectivo, etc.); se llega a un cuadro similar al de la esquizofrenia residual, pero sin que en ningún momento se hayan podido constatar síntomas positivos (delirantes, alucinatorios, catatónicos o una disgregación del pensamiento).
- *Esquizofrenia indiferenciada:* esta forma clínica se diagnostica cuando están presentes muchos de los síntomas descritos y el cuadro no puede clasificarse en cualquiera de los tipos anteriores.

Diagnóstico diferencial

De forma general, habrá que realizar diagnóstico diferencial con:

- Trastorno delirante persistente.
- La *bouffée délirante* o episodio delirante agudo.
- Alteraciones neurológicas en general y, en particular, en procesos expansivos intracraneales y trastornos orgánicos cerebrales.
- Depresiones delirantes.
- Episodios maníacos delirantes.
- Trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico.
- Depresiones en adolescentes, en las formas de comienzo muy precoz.
- Trastorno esquizoafectivo.

Evolución y pronóstico

Su evolución depende de la forma clínica, pero por lo general es lenta, en ocasiones tediosa, por la forma de presentación de la sintomatología, y tiende casi siempre a la cronicidad; su pronóstico es sombrío, pues la gran mayoría de las

veces desemboca en esquizofrenia residual con predominio de síntomas negativos; es el denominado defecto esquizofrénico, que altera de forma profunda la forma de ser y de comportamiento del sujeto; en ocasiones simula un trastorno antisocial de la personalidad (defecto seudopsicopático), de gran complejidad por las graves alteraciones del carácter unidas a conductas antisociales y agresividad. En pocas ocasiones se produce la remisión total de la esquizofrenia.

Tratamiento

La base principal del tratamiento son los neurolépticos, los cuales en ocasiones se combinarán con antidepresivos, ansiolíticos o inductores del sueño, si es preciso por la sintomatología acompañante. Han de administrarse antiparkinsonianos en caso de efectos extrapiramidales secundarios a los neurolépticos.

La forma catatónica es de mayor complejidad terapéutica. Han de administrarse siempre antiparkinsonianos, por la dificultad que entraña la valoración de dichos efectos en estos casos, y la terapia electroconvulsiva se ha mostrado como tratamiento alternativo posiblemente eficaz; algunos autores la consideran el tratamiento de elección, en casos de situación de riesgo vital y de febrícula de origen central, que suele ser síntoma prodrómico de complicaciones físicas. De igual forma, ha de acompañarse de la fluidoterapia correspondiente para mantener un correcto equilibrio electrolítico, así como vigilar la ingesta y eliminación de líquidos y procurar un correcto drenaje bronquial de tipo postural. En casos de encamamiento prolongado habrá de administrarse heparina para prevenir procesos tromboembólicos.

Serán terapias coadyuvantes, de extraordinario resultado, los talleres protegidos, los hospitales de día, terapias ocupacionales y toda técnica de rehabilitación sociolaboral y familiar.

TRASTORNO DELIRANTE PERSISTENTE

Su importancia en medicina legal procede fundamentalmente de la «peligrosidad» derivada de la propia enfermedad, llamémosla peligrosidad patológica, habida cuenta de la indemnidad de funciones psíquicas que posee el paciente salvo el trastorno del pensamiento, de ahí que dichas funciones estén al servicio del paciente cuando éste decida pasar a la acción, de perseguido a perseguidor. Esto incluye la premeditación de la acción delictiva, de su forma de actuar, lo que conlleva gran dificultad a la hora de exponer que sus facultades en el momento de la acción estaban alteradas.

De igual forma, dicha peligrosidad patológica se acrecienta por el comportamiento normal o seudonormal que suelen tener estos pacientes, habida cuenta del índice de credibilidad de sus ideas, argumentos y razonamientos delirantes que, aunque patológicos en su núcleo principal o de origen, son razonables en apariencia, construyendo poco a poco, en el curso de un período más o menos largo, la trama delirante de la que difícilmente es posible extraer al propio paciente, a lo que se suma la dificultad y refractariedad al tratamiento.

Suele iniciarse a una edad mediana y suele haber antecedentes familiares, cuando menos antecedentes de trastornos paranoides o de evitación. El inicio es paulatino; el curso, crónico; y la evolución, incierta.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Es muy frecuente también que el sujeto tenga trastornos de personalidad paranoide, o cuando menos rasgos paranoides o de evitación, lo que ha llevado a que algunos autores los consideren la base de este trastorno. Sí es cierto que suele existir de base una personalidad marcada por la desconfianza, suspicacia y egocentrismo.

Parece que pueden ser factores desencadenantes, sobre una base de predisposición, cambios vitales en la persona, como emigración, conflictos sociales, familiares o personales, estrés y drogas de abuso, como el alcohol o la cocaína.

Clínica

Las ideas delirantes, como trastorno del contenido del pensamiento, predominan, casi en forma única, en la clínica del trastorno delirante persistente. Éstas se estructuran u organizan y dan lugar a la unidad delirante o delirio. A diferencia de la esquizofrenia u otras psicosis, el delirio de la paranoia se sistematiza de forma lógica si bien sobre la base de una idea o ideas iniciales patológicas. Es el denominado «delirio sistematizado», que va *in crescendo* paulatinamente a trama delirante.

Es esto lo que le confiere una apariencia de realidad prácticamente total, hasta el punto de que pasa inadvertida ante los demás, pues la realidad que cuentan tiene apariencia de verdad, puede ser lógica y razonada, y es bastante complicado en ocasiones descubrir el fondo patológico, hasta incluso para el médico perito o el terapeuta. De ahí la peligrosidad que conlleva cuando el delirante pasa de ser sujeto pasivo, víctima, a activo, «verdugo».

Es precisamente en su forma de actuar, acorde con su forma de pensar, su delirio, cuando se pone de manifiesto el cuadro patológico, que hasta entonces puede haber pasado inadvertido hasta para los más cercanos, y ser incluso el primer síntoma detectable después de años de evolución. De igual forma, es el propio delirio razonado lo que produce la falta de conciencia de enfermedad del paciente, o le sirve de argumento en caso de intentar que sea consciente de ella. Hay diferentes formas clínicas según el tema delirante:

- *Delirio de celos o celotipia:* en su idea patológica del engaño de su pareja con otros/as (desconocido, después conocidos o amigos) encuentra su peligrosidad, pues pueden pasar a castigar el engaño.
- *Delirio de persecución:* su peligrosidad se basa en el hecho de que con el tiempo pasan de ser perseguidos a ser perseguidores.
- *Delirios reivindicativos o de causa:* a su vez pueden ser querulantes (litigantes), fanáticos (de ideas políticas, religiosas, etc.) o inventores (suelen creen ser los artífices de inventos o ideas nuevas que los demás les han robado).
- *Delirio hipocondríaco o somático:* ante su creencia de estar enfermo y la normalidad de todas las pruebas, termina por considerar que son los médicos los ignorantes, que quieren engañarlo o aprovecharse económicamente, perjudicarle o matarle; se pueden asociar ideas paranoides, y los profesionales puede pasar a la lista de sus perseguidores.
- *Delirio erotomaníaco:* creen que un personaje de mayor rango o importancia social está enamorado de él/ella; generalmente pasan por la fase inicial de esperanza, posteriormente despecho, cuando consideran que dicho

personaje no les corresponde adecuadamente, y finalmente rencor. Igualmente, pueden ser de gran peligrosidad en esta fase final de rencor, en la creencia de que la otra persona es culpable del fracaso de la relación de amor entre ambos.

– *Delirio de grandiosidad o megalomaníaco:* existen ideas delirantes exageradas de poder económico, riqueza, nobleza, posición social o estar en relación con divinidades. En ellos se incluyen los denominados delirios genealógicos, en los que el sujeto cree no ser hijo de sus padres, sino adoptado, y que sus verdaderos padres son de la nobleza, la realeza, la alta sociedad o famosos.

Diagnóstico diferencial

Se ha de establecer con las psicosis tóxicas (drogas, alcohol), psicosis agudas y transitorias (estrés, vivenciales), esquizofrenia paranoide, trastornos afectivos, trastorno esquizoafectivo, trastorno paranoide de la personalidad, ideas delirantes paranoides de trastornos orgánicos cerebrales.

Evolución, pronóstico y tratamiento

Como antes señalamos, son de curso crónico, lo que, unido a su mala respuesta al tratamiento, conlleva un mal pronóstico.

Responden mal a la farmacoterapia y la psicoterapia, dificultad terapéutica a la que se suma su nula conciencia de enfermedad. La terapia ha de ir encaminada a aislar las ideas delirantes para que, en la medida de lo posible, interfieran lo menos posible en la vida de relación del paciente. En ocasiones, se hace precisa su hospitalización en unidades psiquiátricas, lo que suele aumentar la desconfianza del/de la paciente, por cuanto no se considera enfermo y creerá que se trata de una maniobra más de perjuicio, medidas que, sin embargo, son imperantes cuando presenta autoagresividad o heteroagresividad.

El tratamiento farmacológico se realiza mediante neurolépticos, a dosis bajas o moderadas, al que, en ocasiones, han de asociarse antidepresivos o ansiolíticos según síntomas acompañantes del proceso delirante.

La psicoterapia es poco efectiva debido a la suspicacia que presentan, lo que en la mayoría de las ocasiones es motivo de su rechazo inicial o, en caso de iniciarlo, de su abandono; por otra parte, es bastante complicado poder convencerles de la necesidad de terapia cuando no tiene conciencia de enfermedad; además, es frecuente que en los casos de delirio de persecución el/la paciente interprete la iniciativa terapéutica como maniobra para intentar perjudicarle o dañarle.

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

Si bien es verdad que su forma de ser y de comportarse se acerca a la esquizofrenia y por ello la CIE-10 lo incluye dentro de un grupo junto a ésta, el trastorno delirante persistente y otras psicosis, desde el punto de vista médico-legal, por sus repercusiones en cuanto a las facultades volitivas y la ausencia de síntomas psicóticos activos, preferimos integrarlo en el capítulo de «Trastornos de la personalidad», al cual nos remitimos.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

La CIE-10 (OMS, 2007) indica que los trastornos esquizoafectivos se han mantenido en esta categoría (F20-29) a pesar de su carácter controvertido. Efectivamente, no está clara su relación con los trastornos afectivos ni con los esquizofrénicos típicos, y han de diferenciarse claramente de los casos en que se trata de esquizofrenia o trastorno delirante persistente a los que se asocian o superponen síntomas afectivos, que se debe diagnosticar como trastorno psicótico y no como trastorno esquizoafectivo. Nosotros los incluimos en este grupo de psicosis persistentes por su carácter episódico recurrente, si bien, a diferencia de la esquizofrenia, suelen remitir completamente y rara vez tienden a un estado de deterioro.

Se trata de trastornos episódicos en que los síntomas afectivos (depresivos o maníacos) y esquizofrénicos se presentan en cada episodio, simultáneamente o con pocos días de diferencia entre unos y otros, pero no justifican un diagnóstico de esquizofrenia o episodios maníacos o depresivos.

PSICOSIS TRANSITORIAS

PSICOSIS TÓXICAS

Las diferenciamos de otras psicosis transitorias, pues a diferencia de éstas las psicosis inducidas por sustancias psicoactivas suelen ser características de cada una. Es particularmente interesante el hecho de que no hay una relación directa con la dosis consumida y que puede presentarse en sujetos dependientes de larga evolución. No obstante, es más frecuente que haya una susceptibilidad de base y es muy probable que se relacione la aparición de dichos cuadros psicóticos con su mecanismo de acción en los neurotransmisores (Franco Fernández, 2006). Entre los diversos cuadros podemos distinguir (Franco Fernández, 2006):

1. Trastorno psicótico inducido por alcohol:
   a) Alucinosis alcohólica.
   b) Celotipia alcohólica.
   c) Delírium trémens, durante el síndrome de abstinencia.
   d) Trastornos cognitivos por el alcohol: no son verdaderos cuadros psicóticos, si bien son cuadros de alteración de facultades inducidos por el alcohol etílico, por lo que los incluimos como cuadros psicóticos inducidos. Entre ellos se hallan el síndrome de Wernicke inducido por alcohol (asociado a déficit de tiamina) y los *black out* o «palimpsestos» (cuadros de amnesia posteriores al consumo, en consumidores habituales y ante dosis mínimas o moderadas).
2. Trastornos psicóticos por cocaína: suelen asemejarse a cuadros psicóticos agudos con alteraciones de la conciencia, afectividad, pensamiento y lenguaje, sensopercepción y conducta, que muy frecuentemente se manifiestan con agitación psicomotriz y agresividad.
3. Trastorno psicótico inducido por cannabis:
   a) *Flashbacks:* existe una recurrencia, bajo el consumo de cannabis, de experiencias por alucinógenos. Suelen cursar con distorsión de la

realidad y alteración afectiva, con sentimiento de terror. Son de duración e intensidad variables.

b) Trastorno psicótico agudo por cannabis.

c) Cannabis-esquizofrenia: según determinados estudios parece haber relación; se ha hallado un doble riesgo de sufrir esquizofrenia con el consumo de cannabis, asociado a su vez al tiempo y la dosis de consumo.

Ha de establecerse un diagnóstico diferencial con otras psicosis transitorias no inducidas por sustancias, con cualquier cuadro psicótico de tipo esquizofrénico o delirante paranoide y trastornos mentales orgánicos, por lo que será de gran ayuda relacionarlo con consumo de tóxicos. Ha de diferenciarse igualmente si se trata de una psicosis inducida por consumo o bien de patología dual, es decir, la coexistencia de trastornos psicóticos y consumo de sustancias, pues existe elevada prevalencia de dependencia o de consumo perjudicial de tóxicos (alcohol, hachís, heroína y cocaína) en pacientes psicóticos.

Su evolución es adecuada en corto espacio de tiempo tras la deprivación del tóxico; por lo general requieren hospitalización y tratamiento con antipsicóticos, y es del todo importante que se trate la posible dependencia de drogas que padezca el sujeto.

PSICOSIS AGUDAS Y TRANSITORIAS

La CIE-10 (OMS, 207) incluye en este grupo un conjunto de trastornos caracterizados por el inicio agudo con síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, etc.) y graves trastornos de la conducta, sin poder demostrarse causa orgánica. El inicio agudo se considera el producido por sintomatología en ascenso en el curso de dos semanas o menos. La recuperación completa generalmente ocurre en pocos meses, a menudo dentro de algunas semanas o incluso días. Si el trastorno persiste deberá realizarse un cambio en el diagnóstico. El trastorno puede o no estar asociado al estrés agudo, generalmente por acontecimientos estresantes vividos unas semanas antes.

Al margen de las formas clínicas que incluye y describe la CIE-10, en esta categoría deben incluirse los trastornos clásicamente denominados psicosis reactiva breve y trastorno paranoide agudo.

Se describía como psicosis reactiva breve un cuadro psicótico de duración breve (generalmente de menos de un mes) desencadenado por un acontecimiento estresante agudo, si bien suelen descubrirse trastornos de personalidad de base (límite, narcisista, esquizotípicos, histriónicos o paranoides) y, con cierta frecuencia, antecedentes familiares. Se inicia de forma brusca un cuadro psicótico que puede asemejarse a un brote esquizofrénico, con alteraciones de conciencia, afectividad, pensamiento, sensopercepción y conducta, y sin conciencia de enfermedad; la evolución es favorable con resolución en días o semanas.

Se reservaba el término trastorno paranoide agudo, clásicamente denominado «*bouffée délirante*», para un cuadro delirante paranoide de duración inferior a seis meses, de inicio brusco y generalmente relacionado con situación vivencial estresante que rebasa la capacidad reactiva emocional del sujeto (internamientos en prisión o campos de concentración, inmigración, etc.). La caracte-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

rística principal son las ideas delirantes de perjuicio (no sistematizadas), acompañadas de alteraciones de la afectividad (temor, angustia, ansiedad) y conducta acorde con ellas (evitación, huida, agresividad) y un ligero trastorno de conciencia.

En todo caso, las psicosis agudas y transitorias, dependiendo de su polimorfismo sintomático, pueden exigir diagnóstico diferencial con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante persistente, psicosis tóxicas, trastornos orgánicos cerebrales (delírium, Alzheimer, síndrome delirante orgánico), trastorno bipolar y trastorno paranoide de personalidad, entre otros.

Es aconsejable su internamiento para tratamiento, que se llevará a cabo con neurolépticos y, en caso necesario, ansiolíticos. Tras la recuperación del/de la paciente se debe encaminar la terapia para conseguir su adaptación al medio si ello hubiera sido la causa desencadenante. En caso de existir trastorno de personalidad de base, se debería tratar.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO

Clásicamente denominado «*folie a deux*», es un episodio delirante que desarrolla una persona como consecuencia de su relación con otra que padece un trastorno delirante. Existe un inductor, que padece el delirio primario, que suele tener una personalidad dominante, y un inducido, delirio secundario, que por lo general es de personalidad sumisa. Se precisa una relación estrecha entre inductor e inducido y ambientes relativamente aislados.

Se trata de delirios casi siempre de tipo paranoide que se acompañan de alteraciones afectivas (emociones) y conductuales congruentes con el delirio; la sensopercepción permanece indemne.

Exige el diagnóstico diferencial con el trastorno paranoide agudo, el trastorno delirante paranoide y el trastorno paranoide de la personalidad. Es fundamental, pues, identificar al inductor y al inducido (delirio primario y secundario), así como demostrar la estrecha relación ambiental o de convivencia entre ambos.

Su evolución es favorable, dada la buena respuesta al tratamiento tras la separación del inductor y la prescripción de neurolépticos, lo que se consigue generalmente con la hospitalización.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

CAPACIDAD DELICTIVA

De forma general, la capacidad delictiva de las psicosis viene determinada fundamentalmente por la afectación de la sensopercepción y el pensamiento, aunque también las fases finales de la esquizofrenia que cursan con defecto pueden ser altamente delictivas debido a la desestructuración de la personalidad y defecto de control de los impulsos que produce, sobre todo en los denominados defectos seudopsicopáticos.

De esta manera, en el caso de la afectación de la sensopercepción, alucinaciones fundamentalmente, sus acciones serán congruentes con el tipo de alucinación y su contenido, lo mismo que sucederá con las ideas delirantes, pues el sujeto actuará de acuerdo con su pensamiento patológico. Esto es fundamen-

tal para establecer una relación causa-efecto entre la acción llevada a cabo y la enfermedad que se alega, pues el hecho de padecer una psicosis no es óbice para cometer cualquier delito.

No obstante, dicha capacidad de acción delictiva ha de ponerse en relación con la psicosis en sí y, a su vez, con su forma clínica.

Esquizofrenia

De forma general, los esquizofrénicos destacan por sus trastornos afectivos, lo cual es ya signo precursor de las impulsiones, a veces de carácter violentísimo, que pueden presentarse, fruto del defecto de control de impulsos (o capacidad para inhibir) que de forma general padecen estos sujetos. Las impulsiones esquizofrénicas se cuentan entre las más violentas en enfermedades o trastornos psiquiátricos, y los actos cometidos durante éstas son de forma brusca y repentina, lo que confirma su defecto del control de impulsos; por lo general, sus acciones están relacionadas con el déficit volitivo que padecen; no justifican sus acciones y no les importan absolutamente nada las consecuencias que de ellas se deriven.

Además de ello, durante el curso de la esquizofrenia, más si se trata de una fase aguda, las acciones suelen estar incluidas dentro de una trama delirante o alucinatoria. En estos casos, el sujeto tiende a satisfacer sus pulsiones o necesidades de forma más o menos inmediata y no repara en el alcance y las posibles consecuencias de sus actos al ser incapaces de inhibirlos.

En definitiva, estos enfermos, a causa de la pérdida del contacto con la realidad ambiental o debido a un déficit manifiesto en el control de los impulsos, pueden entregarse a toda una amplia gama de acciones de tipo delictivo o violento (Gisbert Calabuig et al., 2004). A esto hemos de sumar la posibilidad de un defecto esquizofrénico seudopsicopático, en el que su forma de actuar se asemeja muchísimo a los trastornos antisociales de la personalidad.

Aun así, en la mayoría de las ocasiones su forma de actuar está relacionada con la forma clínica de que se trate:

- *Esquizofrenia simple:* suelen tener tendencia a la fuga, el vagabundeo y abandono de obligaciones.
- *Esquizofrenia hebefrénica:* como ya se comentó, predomina el comportamiento pueril y el trastorno afectivo con abulia e inercia. Pueden cometer estafas (acometen negocios peligrosos o absurdos), delitos contra la propiedad, delitos contra la libertad sexual o delitos contra las personas derivados de sus, en ocasiones, altos grados de agresividad, que pueden ser origen de intensas impulsiones esquizofrénicas.
- *Esquizofrenia paranoide:* su forma de actuar está relacionada con ideas delirantes (de tipo absurdo y poco estructuradas, a diferencia del trastorno delirante persistente), a las que se suman alteraciones de la percepción tipo alucinaciones. Por ello, pueden cometer delitos contra las personas (lesiones, homicidio), contra aquellas que los perjudican o persiguen, o contra la propiedad.
- *Esquizofrenia catatónica:* la patología psicomotriz, desde los extremos de agitación o estupor hasta los amaneramientos, paranimias o catalepsia, es lo que explica su forma de actuar. Así, mientras en fases de estupor

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

profundo es difícil que actúen, siendo cuando más acciones delictivas por omisión, su mayor peligrosidad está en las impulsiones de tipo explosivo, en cortocircuito, totalmente inesperadas y violentas; lo más frecuente en estos casos son los delitos contra las personas o la propiedad.
– *Esquizofrenia residual:* la presencia de síntomas negativos o deficitarios suele conllevar conductas extravagantes, con despreocupación de los cuidados personales, grave deterioro social y laboral, y pueden llegar al vagabundeo; no son frecuentes las conductas delictivas, si acaso contra la propiedad. No obstante, como ya hemos indicado, cabe la posibilidad del defecto seudopsicopático, en que la conducta del sujeto es casi similar a la de los psicópatas antisociales, si bien se suma el hecho de una total desestructuración de la personalidad e incapacidad de juicio y raciocinio, por lo que la capacidad delictiva es casi total, y pueden cometer delitos contra la propiedad, las personas o la libertad sexual, que suelen acompañarse de alto grado de violencia e impulsividad.

Trastorno delirante persistente

Su capacidad delictiva se deriva exclusivamente de su trastorno de pensamiento, de las ideas delirantes, que pueden sistematizar de forma «lógica» hasta una trama delirante. Su capacidad delictiva deriva:

– De su «total convencimiento» de lo que realiza y, por lo tanto, su inamovilidad, imposibilidad de convencer de lo contrario; como consecuencia nunca hay arrepentimiento, pues los equivocados son los demás. Carecen por completo de conciencia de enfermedad.
– De su integridad del resto de las facultades, que puede decirse que «quedan a disposición de un pensamiento patológico», por lo que sus acciones suelen ser premeditadas.
– Del tipo de delirio, ya que sus acciones siempre son acordes con aquél, como anteriormente se expuso al hablar de formas clínicas.

De esto se deriva la gran peligrosidad que suelen presentar estos pacientes, denominados por algunos autores como criminales en potencia, fundamentalmente algunas formas clínicas como los celotípicos, querulantes y paranoides.

Psicosis transitorias

Su capacidad de acción está condicionada de igual forma por la afectación de la sensopercepción y el pensamiento, similar a la esquizofrenia o al trastorno delirante persistente. No obstante, a diferencia de aquéllos, se halla su favorable evolución y respuesta a tratamiento, por lo que la peligrosidad se limita a la duración del cuadro y no se llega nunca a un defecto psicótico.

FACULTADES INTELECTIVAS Y VOLITIVAS

De forma general, puede considerarse en los trastornos psicóticos respecto de sus facultades en el momento de la acción delictiva:

1. *Capacidad de conocer:* es la afectada fundamentalmente en las psicosis que cursan con alteraciones de la sensopercepción, fundamentalmente las alucinaciones. Por ende, la capacidad de actuar según lo conocido siempre quedará afectada. Se trata de afectaciones graves que han de considerarse como base de anulación de facultades volitivas.
2. *Capacidad de obrar según conocimiento:* ésta puede quedar afectada por dos mecanismos:
   a) *Alteración del control de los impulsos:* como ya hemos indicado, en la esquizofrenia suele existir de base un defecto de control de los impulsos (de la capacidad para inhibirlos), que puede llegar a suponer una incapacidad plena de control, y constituye un déficit total volitivo.
   b) *Trastorno de pensamiento, delirio:* en estos casos la dificultad estriba en poder explicar la premeditación y el conocimiento de la acción por parte del sujeto con la existencia de un total fallo de sus facultades volitivas, lo que lleva a considerarlo «inimputable» desde el punto de vista jurídico. Este hecho se basa en lo anteriormente explicado respecto a la integridad de facultades, salvo el pensamiento, facultades que quedan al servicio de aquél. Ha de entenderse, a diferencia del sujeto que sufre una alucinación, que la capacidad de conocer está conservada, por lo tanto, el delirante recibe similar información que una persona sin trastorno alguno; no obstante, su capacidad de procesar dicha información (pensar) es patológica, por lo que las decisiones tomadas lo serán sobre dicha base patológica y, por lo tanto, su capacidad de actuar también lo es.

      Si en un ordenador se nos rompe el teclado o nos equivocamos al teclear, la información recibida por la máquina será errónea (alteración de la capacidad de conocer) y, por ende, lo será el resultado de la información procesada (alteración de la capacidad de actuar según lo conocido); pero si el teclado funciona adecuadamente y la información a procesar se introduce correctamente (capacidad de conocer no alterada), pero no funciona bien el procesador, de igual forma el resultado será erróneo (capacidad de actuar según lo conocido alterada), pues lo que ha fallado es el procesamiento de la información. Esto explica el hecho de que el delirante tenga conciencia de lo que hace, si bien su forma de actuar es patológica, pues sus decisiones se basan en una grave alteración del pensamiento.

En relación con su «imputabilidad», diremos que habrá que analizar cómo estaban sus facultades en el momento de la acción: presumible sintomatología y necesidad de tratamiento tras el delito, tipo de acción, motivación de la acción, etc. En caso de sintomatología psicótica, podremos concluir que sus facultades estaban gravemente alteradas (anuladas), no en caso contrario. Habremos de valorar la posibilidad de trastornos permanentes, como son los delirios crónicos, difícilmente reductibles, por lo que el sujeto motivará siempre y sin discusión el móvil de su acción, y los defectos esquizofrénicos.

Por lo que se refiere a la capacidad para gobernar su persona y bienes, de igual forma ha de valorarse la existencia de alteración permanente de sus facultades, por lo que es muy factible que se pueda proceder a informar en tal sentido en el caso de los defectos esquizofrénicos. Ha de considerarse la misma

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

posibilidad en el caso del trastorno delirante persistente, en que habrá de valorarse cuidadosamente el tipo de delirios, cronicidad, evolución y capacidad de tratamiento, pues son muy resistentes; el trastorno de pensamiento que padecen puede ser muy incapacitante. En la esquizofrenia sin defecto, aunque sea de carácter crónico, habrá que valorar de forma muy precisa la alteración de facultades y, por ende, la capacidad de autogobierno del sujeto cuando está estabilizada; por lo general, en sujetos con respuesta adecuada al tratamiento, terapia ocupacional y sin defecto esquizofrénico, no tiene por qué ser necesaria su incapacitación. Sobre los demás cuadros psicóticos agudos, nunca debe plantearse una incapacitación del sujeto; en todo caso será preciso su internamiento judicial para valoración y tratamiento oportunos.

En el ámbito laboral, tanto la esquizofrenia como el trastorno delirante persistente pueden ser motivo de incapacidad laboral, por lo general para todo tipo de trabajo, no así las psicosis transitorias, pues su aparición, cuando más, conllevará una incapacidad laboral transitoria hasta el restablecimiento de la persona.

Trastornos del estado de ánimo

35

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 427
Valoración médico-forense 429
Capacidad delictiva 429
Facultades intelectivas y volitivas 430

Según la CIE-10 (OMS, 2007), la característica fundamental de estos trastornos es una alteración del estado de ánimo hacia la depresión (acompañada o no de ansiedad) o hacia el extremo contrario, la euforia, y suele acompañarse de alteración del grado general de actividad (vitalidad). Otros síntomas acompañantes son secundarios o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio de estado de ánimo y actividad. Tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar relacionado con acontecimientos o situaciones estresantes.

CLASIFICACIÓN

La CIE-10 (OMS, 2007) los clasifica bajo el epígrafe «trastornos del humor (afectivos)», y utilizando sus criterios, de referencia internacional, incluye:

1. Episodio maníaco:
   - Hipomanía.
   - Manía sin síntomas psicóticos.
   - Manía con síntomas psicóticos.
   - Otros episodios maníacos.
   - Episodio maníaco no especificado.
2. Trastorno bipolar:
   - Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
   - Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
   - Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
   - Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
   - Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
   - Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

- Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- Otros trastornos afectivos bipolares.
- Trastorno bipolar no especificado.

3. Episodios depresivos:
   - Episodio depresivo leve.
   - Episodio depresivo moderado.
   - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
   - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
   - Otros episodios depresivos.
   - Episodio depresivo no especificado.
4. Trastorno depresivo recurrente:
   - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
   - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
   - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
   - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
   - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
   - Otros trastornos depresivos recurrentes.
   - Trastorno depresivo recurrente no especificado.
5. Trastornos afectivos persistentes:
   - Ciclotimia.
   - Distimia.
   - Otros trastornos del humor afectivos persistentes.
   - Trastorno afectivo persistente no especificado.
6. Otros trastornos afectivos:
   - Otros trastornos afectivos aislados.
   - Otros trastornos afectivos recurrentes.
   - Otros trastornos afectivos.
7. Trastornos afectivos no especificados.

Desde el punto de vista psicopatológico, las alteraciones de la afectividad pueden ser en sus vertientes del estado de ánimo y/o de las emociones, por lo que se diferencia entre alteraciones cuantitativas de la afectividad o del estado de ánimo y alteraciones cualitativas de la afectividad o de las emociones.

Sin embargo, la CIE-10 (OMS, 2007) incluye como trastornos afectivos o del humor los trastornos del estado de ánimo, mientras que los trastornos de las emociones (angustia, ansiedad) los incluye en la categoría diagnóstica F40-48 «trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos», tratados en capítulo aparte al cual nos remitimos.

En las alteraciones cuantitativas de la afectividad, o alteraciones del estado de ánimo, se distinguen:

- *Depresión:* es una alteración de la afectividad derivada hacia la inhibición (el dintel de la afectividad está por debajo de lo normal) y caracterizada por la pérdida del gusto por la vida, tristeza y enlentecimiento del resto de las funciones psíquicas. Puede aparecer como respuesta normal ante determinadas situaciones de dificultad y/o fracaso de la vida diarias, y ser

de corta duración y escasa intensidad (depresiones reactivas), de moderada intensidad y mayor duración, generalmente en combinación con enfermedades psiquiátricas (trastorno por estrés postraumático, trastornos de adaptación) o bien constituir el síntoma central del trastorno psiquiátrico (trastorno bipolar).

– *Manía:* es el extremo contrario, que se podría definir como la alteración de la afectividad derivada hacia la exaltación (el dintel de la afectividad está por encima de lo normal) y caracterizada por un humor exacerbado en todas sus formas: alegría excesiva, expansividad acusada, prodigalidad, graforrea y verborrea; suele acompañarse de una exaltación del resto de las funciones psíquicas. Puede variar en grado, desde la euforia, considerada como el estado de ánimo alegre y normal, a no ser que se produzca en situación claramente inadecuada o incongruente, a la hipomanía, entendida como una manía afable, sociable, caracterizada por una euforia en mayor grado e inmotivada, hasta la manía franca, entendida la euforia en grado máximo y caracterizada por ir acompañada de agresividad y agitación psicomotriz, característica de los trastornos bipolares, en los que alterna con fases depresivas.

A partir de estos dos síntomas, polos opuestos del estado de ánimo, la CIE-10 realiza una clasificación atendiendo a su forma de presentación clínica, ya sea como episodios depresivos, episodios maníacos o trastorno bipolar, en que se presentan ambos tipos de episodios.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

CAPACIDAD DELICTIVA

De forma general, la capacidad delictiva de los trastornos afectivos está determinada por la alteración de las emociones (vistos en otro capítulo) o del estado de ánimo, lo que puede alterar e incluso anular la voluntad del sujeto. Ocasionalmente puede incurrir sintomatología psicótica.

Por lo general, desde el punto de vista médico-legal, la mayor importancia recae sobre los trastornos afectivos tendentes a la manía, estado de ánimo exaltado, pues en los estados depresivos la capacidad delictiva es muy limitada. En éstos, casi queda condicionada a delitos por omisión, por la falta de iniciativa e inhibición típica de estos estados. Ha de considerarse también la posibilidad de que sean sujetos pasivos inducidos a delinquir, precisamente por la poca capacidad de decisión y, aún de mayor peligro, la comisión de «suicidios piadosos» cuando el depresivo, en la creencia de «no tener salida vital», decide, como forma de escapar, el suicido para él y para sus seres queridos, y pasa a convertirse en homicida-suicida.

Por el contrario, los estados maníacos son mucho más floridos en su forma de expresión delictiva. La capacidad para delinquir suele estar en relación directa con el grado de exaltación del estado de ánimo e «ideas de grandeza». De este modo, cuando sólo se trata de «distimias alegres», los problemas suelen consistir en disputas familiares o sociales y abuso de sustancias de adicción por su hiperactividad y optimismo. Los impulsos sexuales suelen están liberados, y pueden llegar a abusos. Cuando se trata de «hipomanía» (más acentuado),

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

suelen acometer grandes proyectos con resultados de estafa, falsificación, fraude, delitos contra las personas, etc., con tendencia al consumo de sustancias de adicción, consecuencia todo ello de la euforia y actividad exacerbada. En los estados de manía franca cualquier empresa u objetivo son posibles para el sujeto, y no se detendrá ante aquello que se lo impida, por lo que cabe cualquier tipo de acción delictiva: delitos contra las personas, contra la propiedad, contra la libertad sexual, pudiéndose llegar a delitos de sangre, así como consumo de sustancias de adicción en grado extremo.

La «peligrosidad» aumenta en caso de presentar sintomatología psicótica, especialmente de tipo delirante, pues a su exaltación psíquica, acorde con su estado de ánimo, se unirá, como es propio en los delirantes, su «total convencimiento» de lo que realiza; de ahí su inamovilidad: resulta imposible convencerlo de lo contrario, y como consecuencia nunca hay arrepentimiento ni reconsideración alguna en su forma de actuar, pues los equivocados son los demás. La capacidad de actuación, a su vez, será acorde con el tipo de delirio, y no es infrecuente que se unan las formas de celotipia, querulante y paranoide; si por separado estos trastornos son de «potencial criminalidad», su unión multiplica dicho riesgo.

En todos los casos de manía, al igual que en los psicóticos, y principalmente en los delirantes, se une la característica de que carecen por completo de conciencia de enfermedad, lo que dificulta gravemente su tratamiento («imposibles de convencer») y aumenta el «riesgo criminal».

FACULTADES INTELECTIVAS Y VOLITIVAS

Si teóricamente la valoración de las distintas formas, fases o estados de alteración afectiva es sencilla, en la práctica se trata de una tarea difícil (Ruiz Maya, 1931). Son trastornos de curso discontinuo y el hecho de que nos hallemos ante un depresivo o un maníaco no garantiza que en el momento del delito estuviera en ese estado (Gisbert Calabuig et al., 2004 b).

Respecto de las facultades en el momento de la acción, en los trastornos afectivos podría considerarse, de forma general, que la capacidad de conocer se halla conservada y no así su capacidad de obrar según ese conocimiento, pues los depresivos «están bloqueados» y los maníacos «no pueden controlarse» (si bien no existe realmente un defecto de control de impulsos). No obstante, esto no es del todo correcto, pues ha de tenerse en cuenta:

- El estado de ánimo influye en nuestra capacidad de percibir el mundo que nos rodea, por lo que condiciona la capacidad de conocer. De esta forma, cotidianamente se habla de una percepción optimista o pesimista de las personas.
- De igual forma, el estado de ánimo condiciona nuestra forma de pensar; el depresivo está «embotado», «bloqueado» en su capacidad de percibir y pensar, por lo que su capacidad de actuar será acorde con aquéllas. Decimos que «está inhibido». Por el contrario, el maníaco no sólo experimenta una percepción «superoptimista» de la realidad que lo rodea, sino que igual de optimista y exaltada es su forma de razonar, por lo que así será su forma de actuar; por esto se afirma que «no son capaces de controlar», de inhibir.

En caso de existir sintomatología psicótica, habrá de considerarse lo oportuno respecto de la valoración de trastornos psicóticos.

Así pues, a la hora de valorar su «imputabilidad», habrá que analizar en el momento de la acción:

- Estado de ánimo.
- Intensidad del trastorno afectivo; no es igual un ánimo depresivo que un verdadero estado depresivo, al igual que no es igual una distimia alegre que un estado hipomaníaco o un estado de manía franca. La alteración de facultades irá en relación directa con la intensidad del cuadro.
- Relación causal entre trastorno de estado de ánimo y tipo de delito.

Por lo que se refiere a la capacidad para gobernar su persona y bienes, de igual forma ha de valorarse si presenta alteración permanente de sus facultades, lo que es muy difícil. Por lo general, se trata de cuadros de tipo episódico o de trastornos bipolares, pero con capacidad de estabilización gracias al tratamiento. Es difícil hallar cuadros crónicos, refractarios al tratamiento y con grave afectación de facultades. Ni que decir tiene que dichos cuadros, sobre todo los estados maníacos, gozan de una incapacidad de gobierno de persona y bienes transitoria, durante el transcurso del episodio, careciendo de validez cualquier acto civil que se comprobara que llevaron a cabo bajo esta circunstancia. Por lo tanto, en los trastornos afectivos por lo general no suele, no debe, plantearse una incapacitación del sujeto, sino que, en todo caso, será preciso su internamiento, generalmente involuntario, para valoración y tratamiento oportunos. Sólo en casos excepcionales de trastornos de curso crónico y resistentes a tratamiento sería posible considerar una alteración o anulación de la capacidad de gobierno permanentes.

En el ámbito laboral, los trastornos afectivos son motivo de incapacidad laboral por lo general de tipo transitorio, hasta el restablecimiento de la persona; los más frecuentes son los estados depresivos de tipo reactivo, en ocasiones por el propio estrés laboral. Sólo casos excepcionalmente graves, de evolución crónica y tórpida, resistentes al tratamiento, podrían suponer una incapacidad laboral permanente. Se ha de considerar que es una de las causas más frecuentes de solicitud de baja laboral, en ocasiones sin ser reales (simulación) o de suficiente entidad.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Sustancias de adicción

36

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación clínica 434
Importancia 435
Concepto 438
Clasificación médico-legal 440
Fisiopatología del alcohol etílico y las drogas 441
Alcohol etílico 441
Absorción 441
Distribución 442
Metabolización 442
Eliminación 443
Curva de alcoholemia 443
Drogas de adicción 444
Opio y derivados 444
Cocaína 445
Derivados del cannabis 445
Anfetaminas y derivados 446
Fenciclidina 446
Dietilamida del ácido lisérgico 446
Benzodiacepinas y derivados 446
Diagnóstico 447
Sujeto vivo 447
«Diagnóstico» de sospecha 447
Diagnóstico clínico 448
Diagnóstico bioquímico 450
Sujeto cadáver 451
Determinación de drogas de abuso en pelo 452
Cálculo retrospectivo de alcohol etílico 452
Interacción de alcohol con otras sustancias 453
Alcohol-tráfico-drogas: protocolo de actuación 454
Valoración médico-forense 455

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007) utiliza el término «trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas» para referirse a los trastornos derivados del consumo de sustancias de adicción. Según los criterios de la clasificación internacional de más amplia utilización, la CIE-10 los clasifica en:

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiáceos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

Y en todos ellos puede presentarse como cuadro clínico:

- Intoxicación aguda.
- Consumo perjudicial.
- Síndrome de dependencia.
- Síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia con delirium.
- Trastorno psicótico.
- Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
- Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.
- Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.
- Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

Históricamente se ha considerado enfermedad el hecho de consumir una sustancia psicotropa (p. ej., alcohol), no sus consecuencias. La perspectiva actual es considerar enfermedad las consecuencias derivadas del consumo y no el consumo en sí. Desde esta perspectiva, a efectos prácticos, es importante distinguir en la clasificación de estas sustancias dos conceptos (Franco Fernández, 2006):

- Trastornos por consumo: incluye consumo perjudicial, dependencia y síndrome de abstinencia.

– Trastornos inducidos por sustancias: incluye intoxicación aguda, intoxicación patológica y trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropas (véase el capítulo «Trastornos psicóticos»).

IMPORTANCIA

La necesidad del diagnóstico de consumo de alcohol etílico, drogas de adicción y sustancias estupefacientes, que podemos agrupar de forma genérica como sustancias de adicción, deriva de los siguientes hechos:

– Su efecto perjudicial para la persona que consume, pues, aparte de su forma de consumo crónico o habitual, puede llegar a ser mortal en intoxicaciones agudas.
– Su importancia en el mundo judicial, tanto por su relación con hechos delictivos dentro de la esfera penal (homicidios, maltratos, agresiones sexuales, etc.) como porque puede ser causa de incapacidades o separaciones matrimoniales en el ámbito civil, e incluso el gran problema que plantean en el mundo laboral (absentismo laboral de alcohólicos crónicos que puede ser causa de despido, accidentes laborales, etc.).
– Relacionada también con la esfera judicial se halla la relación entre alcohol-drogas y tráfico-seguridad vial, donde las consecuencias tanto para consumidores como para terceras personas son de la mayor importancia por el número de víctimas, muchas de ellas mortales, que genera cada año.

Tiene además particular importancia su diagnóstico en las dos últimas circunstancias expresadas debido al hecho de que ha de alcanzar el «mayor rango de certeza posible», intentando acercarse a la certeza categórica (véase el capítulo «Investigación de la verdad pericial»), ya que sus repercusiones serán de gran importancia para la calificación del hecho ocurrido como consecuencia o por influencia del consumo de estas sustancias. No basta, pues, la presunción de su consumo, sino que hay que demostrarlo.

Concretamente, con relación a alcohol-drogas y tráfico-seguridad vial, la comprobación del consumo en un sujeto tiene una doble consideración:

1. *Administrativa:* se refiere a una infracción administrativa si se rebasan las tasas de alcoholemia establecidas o si el sujeto conduce habiendo ingerido drogas, según lo establecido en la legislación sobre tráfico y seguridad vial:
   a) Texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, Art. 65, de las Infracciones y Sanciones: «5. Son infracciones muy graves, cuando no sean constitutivas de delito, las siguientes conductas: *a)* la conducción por las vías objeto de esta Ley habiendo ingerido bebidas alcohólicas con tasas superiores a las que reglamentariamente se establezcan y, en todo caso, la conducción bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y cualquier otra sustancia de efectos análogos».
   b) Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo:

– «*Art. 20. Tasas de alcohol en sangre y aire espirado*: no podrán circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial los conductores de vehículos ni los conductores de bicicletas con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,5 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro.

  Cuando se trate de vehículos destinados al transporte de mercancías con una masa máxima autorizada superior a 3.500 kilogramos, vehículos destinados al transporte de viajeros de más de nueve plazas, o de servicio público, al transporte escolar y de menores, al de mercancías peligrosas o de servicio de urgencia o transportes especiales, los conductores no podrán hacerlo con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,3 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a 0,15 miligramos por litro.

  Los conductores de cualquier vehículo no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro ni de alcohol en aire espirado de 0,15 miligramos por litro durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir.

  A estos efectos, sólo se computará la antigüedad de la licencia de conducción cuando se trate de la conducción de vehículos para los que sea suficiente dicha licencia.

– *Art. 27. Estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas*: *a)* no podrán circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial los conductores de vehículos o bicicletas que hayan ingerido o incorporado a su organismo psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas, entre las que se incluirán, en cualquier caso, los medicamentos u otras sustancias bajo cuyo efecto se altere el estado físico o mental apropiado para circular sin peligro, y *b)* las infracciones a las normas de este precepto tendrán la consideración de muy graves, conforme se prevé en el artículo 65.5.a del texto articulado».

2. *Penal:* se refiere a una infracción penal tanto si se rebasan las tasas penalmente establecidas como si el sujeto se halla bajo la influencia de alcohol, drogas tóxicas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, según lo establecido en el Código Penal (modificado por la Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial):

   – *Art. 379.2* del Código penal, de los «Delitos contra la seguridad vial»: «Con las mismas penas[1] será castigado el que condujere un vehículo de

1. Se refiere a las penas establecidas en el 1 del mismo artículo: «*1.* El que condujere un vehículo de motor o un ciclomotor a velocidad superior en sesenta kilómetros por hora en vía urbana o en ochenta kilómetros por hora en vía interurbana a la permitida reglamentariamente, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o a la de multa de seis a doce meses y trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a noventa días, y, en cualquier caso, a la de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años».

motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas. En todo caso será condenado con dichas penas el que condujere con una tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,60 miligramos por litro o con una tasa de alcohol en sangre superior a 1,2 gramos por litro».

Habida cuenta, pues, de las consecuencias derivadas del consumo de estas sustancias, ha de considerarse:

1. Un diagnóstico bioquímico lo más exacto posible, principalmente en lo concerniente al alcohol etílico, pues con base en él se determinan las infracciones administrativa y judicial.
2. Doble diagnóstico, clínico y bioquímico, por lo que respecta a las consecuencias judiciales del consumo de estas sustancias, pues, al margen de las tasas de alcoholemia establecidas como límite de infracción penal, ha de quedar objetivado el efecto en el conductor (STC 319/2006, de 15 de noviembre; STC 68/2004, de 14 de mayo). Implica que ha de diagnosticarse no sólo el cuadro clínico y su intensidad, sino también su origen (que se haya debido al consumo de una o varias sustancias de las indicadas).
3. La necesidad del diagnóstico doble deriva además de varios hechos posibles:
   - La gran mayoría de estas sustancias originan cuadros clínicos muy parecidos, sin especificidad, incluso semejantes (la fenciclidina, por ejemplo, produce un auténtico estado de embriaguez).
   - Determinados fármacos en dosis elevadas, incluso en dosis terapéuticas por sensibilidad del sujeto, pueden originar cuadros similares.
   - Determinados fármacos son potenciados en sus efectos por el consumo de sustancias de abuso, principalmente el alcohol, o puede darse un efecto adverso por interacción.
   - Estados somáticos determinados (reacciones de ansiedad, estados de pánico, depresiones, lipotimias) pueden originar síntomas y signos que puedan hacer sospechar un consumo cuando realmente no se ha producido.
4. El estado clínico en ocasiones no se corresponde con el grado de intoxicación, por los efectos de sensibilidad y de tolerancia; así, con el alcohol, por ejemplo, pueden darse estados de embriaguez con una alcoholemia mínima, incluso por debajo de los límites admitidos por las normas de tráfico, lo que paradójicamente originaría posibles casos de responsabilidad penal y no administrativa; por el contrario, dosis elevadas que en la mayoría de los sujetos podrían originar embriaguez no la producen en sujetos muy acostumbrados cuya tolerancia está aumentada.

Así pues, siempre ha de establecerse desde el punto de vista pericial:

1. Que el sujeto ha consumido una o varias sustancias determinadas que han de quedar identificadas: diagnóstico bioquímico cualitativo.
2. Cantidad consumida: se determina la cantidad presente en el organismo en un momento dado (toma de muestra) y en ocasiones puede calcularse

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

la cantidad consumida o la presente en el organismo en un momento anterior (han de conocerse muy bien parámetros de absorción, eliminación y velocidad de metabolización): diagnóstico bioquímico cuantitativo.

3. Si la sustancia consumida ha producido efectos en el sujeto o no; en definitiva, establecer si éste se encuentra «bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotropas o bebidas alcohólicas»: diagnóstico clínico.

CONCEPTO

En primer lugar debemos establecer lo que se entiende por «sustancia de adicción», si bien antes se han de considerar dos conceptos fundamentales relacionados con dichas sustancias y precisos para su definición: la dependencia y la tolerancia.

Se denomina dependencia la vinculación metabólica y/o conductual entre el consumo de una sustancia y una persona, de tal manera que la privación de aquélla conlleva la aparición de síntomas y signos físicos y/o psíquicos, y generalmente trastornos de la conducta, que desaparecen al administrar de nuevo la sustancia; es el síndrome de abstinencia (Luna et al., 2004). Puede tratarse, pues, de dependencias física o psíquica que pueden presentarse aisladas o conjuntamente.

En estrecha relación con el efecto de dependencia se halla el de tolerancia, que es la necesidad de una dosis cada vez más elevada para obtener la misma respuesta inicial, por menor sensibilidad a la misma dosis de droga (Luna et al., 2004). Se relaciona con la sensibilidad individual de cada persona a una sustancia, sensibilidad que se entiende como tolerancia si va disminuyendo con su uso habitual. Generalmente se basa en la capacidad cada vez mayor de metabolización de dicha sustancia, con lo que sus efectos duran menos y, por lo tanto, ha de aumentarse la dosis para conseguir el mismo efecto.

Ambos conceptos determinan en sí la necesidad del consumo de una sustancia, si bien a dosis cada vez mayores, ante lo cual se habla de abuso en vez de consumo habitual. El concepto de abuso se puede equiparar al de adicción, definida como la necesidad permanente del consumo de una sustancia en dosis cada vez mayores o con mayor frecuencia por haber producido en el sujeto dependencia y tolerancia.

De esta forma, el concepto más simple, y a su vez estricto, para definir una sustancia de adicción sería el de toda sustancia que pueda dar lugar a dependencia y tolerancia, lo que conlleva a un consumo abusivo.

Se suele emplear también indistintamente el término «droga de abuso». No obstante, hemos de tener en cuenta una serie de criterios:

– En la actualidad, el término popular de droga se refiere a las sustancias consumidas para buscar un efecto de placer, que producen en el sujeto una alteración de sus facultades y generalmente la forma de comportarse y que crean adicción. Así pues, el tabaco, por ejemplo, si bien en sentido estricto podría considerarse una droga, pues crea una dependencia, en el concepto popular (de la calle) no lo es, ya que no conduce a una alteración del comportamiento ni de las facultades del sujeto. Igual ocurre con

sustancias como la cafeína o la teína, y por ello toda persona que las consume puede calificarse de «adicto», pero no de «drogadicto».

– Determinadas sustancias pueden conllevar dependencia y no tolerancia, y al contrario, algunas pueden conllevar más efecto tolerancia y apenas dependencia. Así, el tabaco crea fundamentalmente dependencia, sobre todo psíquica, y no tanto efecto de tolerancia, al contrario que sustancias como la cafeína, que conllevan más efecto de tolerancia (acostumbramiento) que dependencia propiamente dicha, o el alcohol, que crea efecto de tolerancia inicialmente, si bien para crear dependencia se precisa largo tiempo y consumo de dosis elevadas. En este sentido podría hablarse de drogas potenciales y de consumo habitual pero no de abuso o adicción, el cual sí pueden llegar a producir.
– Por último hemos de considerar que, usados con fines terapéuticos, la gran mayoría de los fármacos producen efectos de tolerancia, y gran parte de los psicofármacos, además, pueden producir dependencia, la cual se intenta evitar.

Aunando todos estos conceptos, debe precisarse más lo que se considera una sustancia de adicción, que podría definirse como toda sustancia química de consumo con fines placenteros, no terapéuticos, derivados de una alteración de las facultades de conocer y/o comportarse, y que crea efectos de dependencia, física y/o psíquica, y tolerancia, lo que determina la necesidad de su consumo reiterado a dosis cada vez mayores o con mayor frecuencia (Manuel J. Checa González, 2002).

Según esta definición podría considerarse la diferenciación entre sustancias potencialmente de adicción, o «drogas blandas», que son aquellas con poca capacidad para producir adicción o incluso nunca la crean, y cuyo consumo no tiene como fin la búsqueda de un placer basado en la alteración de facultades o formas de comportarse (vida de relación), y sustancias de adicción, o «drogas duras», las definidas estrictamente en el concepto dado (tabla 36.1). De las potencialmente de adicción podemos pasar a las sustancias de adicción dependiendo del fin y las formas de su uso. Así, por ejemplo, dista mucho el concepto del consumo de una bebida alcohólica de una persona que busca el disfrute de sus propiedades organolépticas del de quien lo que busca es el efecto estimulante o narcótico de dicha bebida, sin la cual no se siente a gusto o sencillamente lo precisa. En el primer caso no podríamos hablar de sustancia de

Tabla 36.1 *Sustancias de adicción según niveles de dependencia y tolerancia*

	Dependencia			
	Física	**Psíquica**	**Tolerancia**	**Psicotoxicidad**
Opio y derivados	+ ++	+ +	+ + +	+ ++
Alcohol	+	+ +	++	++
Barbitúricos	+	+ +	+ +	+ +/–
Anfetaminas	+/–	+ +	+ +	+ + /–
Cocaína	+	+ ++	+++	+++
Alucinógenos (LSD)	–	+ +	?	+ + +
Cannabis	–	+	+/–	+ +/–

–: nula; +/–: muy leve; +: leve; + +/–: media; + +: moderada; + + +/–: alta; + + +: muy alta.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

adicción, mientras que en el segundo, si aún no lo es para el sujeto, es muy probable que acabe siéndolo.

CLASIFICACIÓN MÉDICO-LEGAL

Se puede considerar como sustancia de adicción un amplio abanico de sustancias de diferente naturaleza (naturales, sintéticas, semisintéticas), estructura química y composición. Se incluyen además sustancias de uso terapéutico, cuyo consumo por el sujeto no tiene realmente ese fin, del amplio grupo de los psicofármacos, principalmente los tranquilizantes menores o ansiolíticos y los estimulantes tipo anfetamina.

Se han propuesto multitud de clasificaciones según su origen natural o artificial, estructura química, efectos, capacidad de producir adicción o dependencia, mecanismos de acción, origen terapéutico (psicofármacos) y no terapéutico, etc., si bien no existe ninguna clasificación que reúna a todas las consideradas como sustancia de adicción y sea práctica.

Consideramos muy práctica una clasificación bastante simple basada únicamente en los efectos generales que producen en el sujeto que consume la sustancia, sin tener en cuenta las reacciones individuales ni los signos y síntomas específicos que cada una pueda originar, los cuales varían dependiendo de la dosis y las vías de absorción, la forma química consumida y la combinación con otras sustancias. Así pues, actuando a través de muy diversos mecanismos de acción (inhibición de centros nerviosos superiores, bloqueo de neurotransmisores, alteración de mecanismos de regulación hormonal, etc.), podemos considerar tres grupos genéricos de sustancias de adicción según sus efectos principales:

- *Estimulantes:* producen el efecto principal de excitación y euforia. Entre sus mejores representantes se encuentran el alcohol etílico (en la primera fase de la embriaguez o efectos del alcohol a dosis bajas), la cocaína y, como representante de los psicofármacos que se han convertido en sustancias de adicción, las anfetaminas.
- *Depresoras:* conducen a un estado de depresión de las funciones psíquicas, que en grado máximo llegan hasta la narcosis. Entre ellas se hallan el alcohol etílico (principal depresor del sistema nervioso central en sucesivas fases de la embriaguez, efectos a dosis altas) y opiáceos y, dentro del grupo de los psicofármacos, los hipnóticos y ansiolíticos, como las benzodiacepinas y derivados.
- *Alucinógenas:* si bien suelen producir uno de los dos efectos anteriores, su característica principal es la alteración de la percepción sensorial, incluso del pensamiento (alucinaciones, alucinosis, seudoalucinaciones) y reacciones paranoides. Son representantes el LSD, la fenciclidina, los derivados anfetamínicos (drogas de diseño o «éxtasis», originadas principalmente a partir de la metilen-dioxi-metanfetamina [MDMA]) y alcohol (alucinosis alcohólica).

Como se puede observar, el alcohol etílico se comporta como estimulante, depresor o alucinógeno, si bien no se lo considera representante de sustancias de adicción, que por supuesto puede ser, ya que se suele argumentar, y es

cierto, que su adicción precisa de importantes dosis diarias y durante largo tiempo. Sus peculiares fisiopatología y efectos, unidos a las consecuencias y grave trascendencia que su elevado consumo están produciendo, efectos sobre todo visibles en tráfico de vehículos y violencia contra las personas, han tenido como consecuencia que sea de las sustancias de adicción, o sustancia de potencial adicción, más investigadas y estudiadas, de ahí que se lo conozca tan bien.

FISIOPATOLOGÍA DEL ALCOHOL ETÍLICO Y LAS DROGAS

La importancia y la trascendencia generada por el alcohol etílico, junto con el profundo conocimiento de sus efectos y su fisiopatología, indican la necesidad de su estudio por separado del resto de las sustancias de adicción, de las que, dado el amplísimo abanico, sólo analizaremos, a modo de breves indicaciones, la fisiopatología de las más representativas de cada grupo, bastante bien conocida también.

ALCOHOL ETÍLICO

Absorción

Durante la ingestión se produce la absorción del 100% vía digestiva, repartiéndose entre estómago (25%-35%) e intestino delgado, principalmente el duodeno, y por un mecanismo de difusión pasiva, siguiendo la ley de Fick, según la cual la velocidad de difusión de una sustancia a través de una membrana es directamente proporcional a la diferencia de concentraciones entre uno y otro lado de la membrana y a su superficie e inversamente proporcional a su grosor. En este caso hablamos de la membrana entre mucosa gástrica y sangre. De esta forma, la velocidad de absorción depende de varios factores:

- *Superficie y grosor de la mucosa gástrica:* velocidad de evacuación gástrica y estado de la mucosa.
- *Diferencia de concentraciones en contenido gastrointestinal y sangre-alcoholemia:* grado alcohólico de la bebida, cantidad presente en estómago en un momento dado y alcoholemia en un momento dado.

De esta forma, todos los procesos que aceleran la evacuación gástrica por lo general favorecen la absorción (que fundamentalmente se produce en el duodeno), y asimismo se ve favorecida en ayunas (consumo sin comer), ya que se aumenta la superficie de absorción. Por el contrario, todos los procesos que suponen alteración de la mucosa gástrica o duodenal (gastritis, gastroenteritis, duodenitis) disminuyen o ralentizan su absorción. Asimismo, las bebidas de alta graduación se absorben con mayor rapidez, y se absorbe con mayor rapidez la misma cantidad de alcohol ingerida de una sola vez que si se hace en varias veces separadas entre sí por un lapso.

El alcohol etílico puede absorberse también vía pulmonar, donde atraviesa fácilmente la barrera alveolocapilar, y puede ser de importancia en intoxicaciones accidentales y/o profesionales, y de igual forma atraviesa con gran facilidad la vía cutánea, si bien esta vía carece de interés médico-legal.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Distribución

El alcohol absorbido pasa rápidamente al corazón derecho (red venosa mesentérica > vena porta > vena cava inferior > corazón) y de ahí, tras su paso por la red arterial pulmonar, se incorpora a la circulación general, desde donde se distribuye a todos los órganos y tejidos a través de un proceso de difusión que depende de dos factores: concentración de agua en el tejido y diferencia de concentraciones de alcohol en sangre y tejidos (diferencia de gradiente de concentración, dependiente a su vez de la absorción y la eliminación).

La relación entre alcohol presente en tejidos y la alcoholemia fue calculada por WIDMARK, que lo expresa con el denominado coeficiente de reparto o constante de Widmark (r), que es de 0,68 para el varón (±0,0085) y 0,55 (±0,055) para la mujer. Otros autores utilizan el denominado volumen de distribución (Vd), que se calcula sobre la base de volumen/peso en vez de unidades/masa como el coeficiente de reparto, que es de 0,62-0,79 para el varón (0,5-0,9) y de 0,55-0,66 para la mujer (0,46-0,86).

A través del coeficiente de reparto (r) o del volumen de distribución (Vd) se relacionan la cantidad de alcohol etílico ingerido en un momento dado, el peso del sujeto y la alcoholemia.

No obstante, la relación de alcohol presente en sangre (alcoholemia) y la hallada en tejidos no es 1, es decir, no se alcanza una distribución similar en todos los tejidos, sino que dicha relación varía según los tejidos (cerebro, músculo, etc.) y líquidos orgánicos (humor vítreo, bilis, líquido cefalorraquídeo, plasma sanguíneo, etc.), diferencias que a su vez varían según se halle el sujeto en fase de absorción o de eliminación. Incluso hay diferencias en la propia distribución del alcohol en sangre, entre sangre arterial y venosa, y en sangre venosa de diferentes territorios (corazón-femoral) durante la fase de absorción, diferencias que dejan de existir en fase de eliminación. Estos datos son de interés en diagnóstico bioquímico de sujeto cadáver y sujeto vivo (Villanueva Cañadas, 2004).

Metabolización

La metabolización del alcohol etílico se lleva a cabo en su práctica totalidad por un mecanismo de oxidación, bastante independiente de otros factores fisiológicos, lo que ha permitido establecer el denominado coeficiente de etil-oxidación, por medio del cual se expresa la cantidad de alcohol metabolizado (oxidado) por unidad de tiempo y de peso. Widmark establece este coeficiente en 0,0025 g/kg/min en el varón (0,15 g/l/h) y 0,0026 g/kg/min en la mujer (0,156 g/l/h).

Dicha oxidación produce en un primer paso la transformación de alcohol etílico en acetaldehído a través de un triple sistema enzimático:

– *Alcohol deshidrogenasa (ADH):* no es específica para la metabolización del alcohol etílico, metaboliza otros alcoholes y actúa principalmente en consumidores ocasionales. Algunas personas carecen de esta enzima, defecto en el que parece radicar un tipo de intolerancia al alcohol (embriaguez patológica). Esta enzima, aparte de otros tejidos, se halla fundamentalmente en el hígado, donde se metaboliza la mayor parte del alcohol consumido.
– *Sistema MEOS (sistema microsómico etanol oxidante):* tampoco es específico

del alcohol etílico, pues interviene también en la oxidación de las drogas. Se considera la vía principal de oxidación de alcohol etílico en los alcohólicos habituales, así como en los sujetos carentes de ADH.
– *Vía de las catalasas:* tampoco es específica del alcohol etílico, y su papel en la oxidación de éste es de escasa importancia.

En un segundo paso, el acetaldehído pasa a ácido acético, fundamentalmente a través de la aldehidodeshidrogenasa (ALDH); es importante el hecho de que determinados individuos carecen de esta enzima, lo que produce otro tipo de intolerancia al alcohol (reacción adversa al alcohol). También puede metabolizarse por medio de oxidasas o por la vía de las liasas, que originan diferentes catabolitos.

Ha de tenerse en cuenta que el acetaldehído procedente de la dieta o el endógeno por intervención de la ADH puede ser reducido a etanol, que se denomina propio o endógeno, lo cual puede ser de interés en el ámbito forense, pues puede manifestarse en una alcoholemia de aproximadamente 0,03 g/l (Villanueva Cañadas, 2004).

A su vez, el alcohol etílico posee efectos de interferencia en el metabolismo de los glúcidos y lípidos fundamentalmente, aunque también interfiere el de aminas, hierro, porfirinas, vitamina B y el hidrosalino, a través de diversos mecanismos de acción como alteración de membranas celulares, hipoxia tisular, inhibición enzimática y formación de radicales libres (acetaldehído y peróxidos).

Eliminación

La principal vía de eliminación es la urinaria. La cantidad de alcohol en orina (alcoholuria) depende de la alcoholemia, con la diferencia de que, mientras ésta varía continuamente (ciclo absorción-distribución-eliminación), la alcoholuria no, y finalmente la relación alcoholuria/alcoholemia es > 1. De igual forma, pero en menor cantidad, se elimina por la saliva, y la relación alcohol en saliva/alcoholemia es 1,1 (Villanueva Cañadas, 2004), de la leche y de aire espirado (vía pulmonar), en cantidades poco significativas.

Si bien a través de la vía pulmonar la eliminación es mínima, sí interesa desde el punto de vista del diagnóstico bioquímico, pues se ha detectado que el alcohol presente en 2 l de aire espirado, expresado en miligramos, es igual al existente en 1 ml de sangre arterial (mg/ml o g/l), efecto en el que se basan las actuales determinaciones de alcohol etílico en aire espirado realizadas mediante alcoholímetros.

Curva de alcoholemia

Como ya se indicó, la distribución del alcohol etílico a los tejidos depende fundamentalmente de la concentración de agua en éstos y de la diferencia de gradiente de concentración sangre-tejidos. El alcohol que se difunde a los tejidos rápidamente se metaboliza y se elimina, por lo que desciende la concentración tisular, aumenta la diferencia de gradiente de concentración sangre-tejidos y de nuevo difunde de aquélla a éstos. En definitiva, la concentración de alcohol etílico en sangre depende de dos factores principales: la absorción y la distribución de alcohol en tejidos (metabolización-eliminación).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Se produce de esta manera una dinámica de la alcoholemia dependiente de la absorción y la eliminación, cuya representación gráfica da lugar a la denominación «curva de alcoholemia» (fig. 36.1). Durante el consumo y un tiempo después, la absorción es mayor que la eliminación, alcoholemia en ascenso, hasta producirse un equilibrio ente absorción y eliminación; finalmente la alcoholemia va disminuyendo por dominio de la eliminación sobre la absorción o que ésta ya no se produzca. Si durante esta última fase se produce una nueva ingestión, se iniciará una nueva fase ascendente. El punto de equilibrio entre absorción y eliminación se denomina equilibrio de difusión.

Dependerá, pues, de los múltiples factores que pueden modificar la absorción, distribución y eliminación (velocidad de vaciamiento gástrico, toma de alimentos junto con la bebida, diferencias individuales, peso, edad, sexo, raza, etc.). A su vez, el equilibrio de difusión en su representación gráfica tiende a ser vértice cuando la absorción de alcohol y el paso de éste a tejidos para metabolizarse son rápidos; por el contrario, tiende a ser una meseta cuando la fase de absorción no se ha concluido (varias tomas seguidas o en presencia de alimentos) o la metabolización es lenta. De igual forma, pueden producirse varios puntos o vértices que indican equilibrio de difusión cuando el sujeto se halla ya en fase de eliminación y comienza de nuevo a consumir.

DROGAS DE ADICCIÓN

Opio y derivados

Dicho grupo está compuesto por sustancias de origen natural (como el opio y la morfina), semisintético (heroína) y sintéticos (metadona o petidina). Su efecto general es depresor del sistema nervioso central. Por frecuencia de consumo, nos interesa sobre todo la heroína, de la que la metadona es un derivado sintético.

La heroína o diacetilmorfina es un derivado semisintético de la morfina. Puede ser consumida vía fumada, inyectada (subcutánea o intravenosa) o «esnifada»; el consumo se ha decantado por la primera debido al temor de

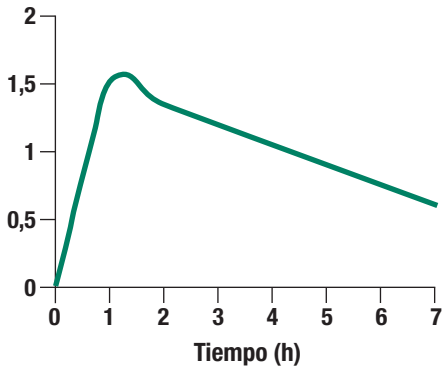


FIGURA 36.1. Curva de alcoholemia.

enfermedades de transmisión vía parenteral, sobre todo el SIDA. Su efecto es muy rápido, pues entre 1 y 4 min aparecen los primeros síntomas, que duran generalmente unos 30-45 min, dependiendo de la dosis y la pureza. No obstante, la acción de la heroína en el organismo puede ser hasta de 5 h, que es por lo general el valor de su vida media. La heroína, más liposoluble que la morfina, cruza con rapidez la barrera hematoencefálica.

En 5-10 min la heroína se hidroliza a monoacetilmorfina, que se metaboliza a morfina y ésta a morfina-3-glucurónido (inactiva) y morfina-6-glucurónido (con actividad farmacológica). Se metaboliza fundamentalmente en hígado, por el sistema MEOS, y se elimina por la orina en forma de metabolitos; la detección de monoacetilmorfina confirma su consumo.

Cocaína

Alcaloide que se extrae de las hojas de la coca *(Erythroxylon coca)* con efecto general euforizante y con diversas vías de administración, inyectada, fumada y esnifada, y que se consume sola o unida a la heroína *(revuelto)*.

Su detección en sangre es rapidísima, si bien depende sobre todo de la vía de consumo: la cocaína en inyección intravenosa se detecta en plasma al instante, con un pico de máxima concentración a los 5 min; vía nasal se detecta a los 2-3 min, y el pico de concentración máxima suele producirse a los 20-25 min. Su vida media es de 45-90 min.

La cocaína, de forma muy simplificada, actúa bloqueando los receptores de la dopamina y compite con su proteína transportadora, lo que produce acumulación de dopamina en la sinapsis neuronal e hiperactividad por agotamiento. También actúa disminuyendo la concentración de serotonina.

Fundamentalmente se metaboliza por oxidación (sistema MEOS) y se elimina por orina; su principal metabolito es la benzoilecgonina.

Derivados del cannabis

Se incluye en este grupo un conjunto de sustancias procedentes de la variedad botánica *Cannabis sativa,* cuyos principios activos se encuentran fundamentalmente en las resinas, compuestas de los cannabinoles (tetrahidrocannabinol, cannabinol, cannabidiol, ácido cannabinólico y ácido cannabidiólico), de los que el de mayor actividad es el tetrahidrocannabinol (THC).

El preparado de la planta para el consumo se realiza de diferentes formas, como «hierba», «grifa» o «marihuana» (hojas picadas como tabaco con las que se hacen cigarrillos) y «hachís» o «chocolate» (la resina de la planta, que generalmente se fuma mezclado con tabaco; se prepara en forma de comprimidos o barras, de ahí el término «chocolate»).

La principal vía de consumo es fumada, mezclado con tabaco rubio; excepcionalmente puede ser vía intravenosa y vía oral (absorción limitada por el medio ácido gástrico). Su vida media es muy prolongada, alrededor de 6-7 días, se metaboliza en hígado (sufre un proceso de hidroxilación y posterior conjugación glucurónica) y se elimina por las heces (75%-80%) en forma de TCH y por la orina (20%-25%) en forma de otros metabolitos y muy lentamente (se puede hallar restos en orina tras 20-30 días del consumo).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Anfetaminas y derivados

Incluye un grupo extensísimo de sustancias con efectos estimulantes, que pueden ir desde la simple excitación, como ocurre con la propia anfetamina (beta-fenil-isopropil-amina) y la d-anfetamina (metilanfetamina), hasta efectos propiamente alucinógenos, como ocurre con los derivados de la MDMA (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina), denominadas drogas de diseño o «éxtasis», si bien la propia anfetamina y la d-anfetamina pueden producir efectos alucinógenos a dosis altas y dependiendo de los sujetos.

Se absorben rápidamente por vía oral y parenteral. Su mecanismo de acción se basa en favorecer la liberación de la dopamina y noradrenalina, produciendo un efecto estimulante a nivel central, y acción concreta estimulante en el sistema hipotalámico del sueño y el centro regulador del hambre, produciendo estados de vigilia y anorexia.

Su vida media depende de los diferentes derivados y puede ser de minutos hasta horas. Se metabolizan en el hígado por procesos de oxidación y se excretan fundamentalmente por la orina.

Fenciclidina

Denominado también PCP (fenciclohexilpiperidina) o «polvo de ángel», la fenciclidina (1-fenil-ciclohexil-piperidina) se sintetizó y se utilizó inicialmente como anestésico general. Se absorbe rápidamente vía oral o fumada, ocasionalmente intravenosa; los síntomas se inician tras un breve período de latencia y duran desde minutos a horas dependiendo de la dosis y los factores individuales.

Actúan en el sistema nervioso central originando un cuadro de estimulación del sistema simpático, con lo que producen efecto estimulante a dosis bajas y efecto alucinógeno e incluso conductas violentas a dosis mayores. Su vida media es de 30-60 min. Se metabolizan en hígado por sistema de oxidación y se eliminan principalmente por orina en forma de metabolitos conjugados.

Dietilamida del ácido lisérgico

El LSD o dietilamida del ácido lisérgico produce efectos alucinógenos. La administración generalmente se hace vía oral y sus efectos comienzan 1-2 h tras la ingestión y pueden durar hasta 10-12 h. Su vida media es de 2-3 h. Su mecanismo de acción se basa en la interferencia en el metabolismo cerebral de la serotonina, ya que su estructura química es análoga. Se metaboliza principalmente en hígado y se excreta por la orina en forma de metabolitos conjugados.

Benzodiacepinas y derivados

Destacamos estos fármacos por el uso abusivo que de algunos derivados hacen personas adictas a drogas, con el objetivo de minimizar los cuadros de abstinencia por el efecto ansiolítico que poseen (p. ej., flunitrazepam) o por verdaderas adicciones tras consumos prolongados como fármacos.

La administración se puede llevar a cabo vía oral, parenteral (intravenosa) y rectal, si bien la más común en medio no hospitalario es la oral. Una vez absorbido, el fármaco sufre en el tubo gastrointestinal o en sangre un primer

proceso de metabolización (hidroxilación), transformándose en nordiazepam (desmetildiazepam), que es el metabolito activo de la mayor parte de las benzodiacepinas, con una vida media muy larga. En el hígado sufren igualmente procesos de metabolización (desalquilación e hidroxilación) que dan lugar a metabolitos activos de menor vida media o metabolitos inactivos (glucuronoconjugación). No obstante, existen benzodiacepinas que siguen una vía metabólica diferente (reducción del grupo nitro y posterior acetilación) que parece que no da lugar a metabolitos activos, con lo que su acción se debe directamente a la benzodiacepina (nitrobenzodiacepinas).

Así, la vida media de las diferentes benzodiacepinas depende de la formación, distribución tisular y eliminación de metabolitos activos. Con base en ello, se pueden clasificar en:

- *Benzodiacepinas de larga duración:* sufren procesos de metabolización dando lugar a nordiazepam u otros metabolitos análogos de una vida media muy elevada, entre 40 y 200 h.
- *Benzodiacepinas de acción intermedia:* los metabolitos a los que dan lugar (hidroxilbromazepam) son de una vida media más corta, entre 20 y 40 h, o no dan lugar a metabolitos activos (nitrobenzodiacepinas).
- *Benzodiacepinas de acción corta:* se metabolizan por procesos que dan lugar a metabolitos inactivos (glocuronoconjugación) y se eliminan rápidamente, lo que reduce su acción a una vida media de 5-20 h. Es el caso del alprazolam.
- *Benzodiacepinas de acción ultracorta:* sufren procesos de metabolización que originan metabolitos inactivos o débilmente activos, por lo que la acción se debe fundamentalmente al producto original. Su vida media oscila entre 1 y 5 h.

DIAGNÓSTICO

SUJETO VIVO

Como ya se indicó, inicialmente se ha de establecer no sólo la existencia de un determinado cuadro clínico que haga presumir el consumo de sustancias de adicción, sino que la naturaleza del cuadro, su etiología exacta, ha de quedar demostrada. Por ello se pueden considerar tres tipos de pruebas:

1. Dato de sospecha de consumo: «diagnóstico» de sospecha.
2. Signos clínicos que indican la pérdida de facultades: diagnóstico clínico.
3. Confirmación de consumo de sustancia y cuantificación: diagnóstico bioquímico.

«Diagnóstico» de sospecha

Se pueden realizar una serie de pruebas, no clínicas, que evidencien datos que sugieran un consumo de sustancias, entre las cuales podemos considerar:

1. *Olor a líquidos alcohólicos.* Ya sea en el aliento, vómitos o incluso ropas, el olor a alcohol puede hacer presumir que el sujeto ha consumido, si bien ha

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

de tenerse en cuenta varios detalles que de ignorarlos pueden llevar a error:

a) Depende de la sensibilidad olfativa del sujeto que lleva a cabo la prueba.

b) El olor que desprende el aliento de una persona que ha bebido depende mucho de la bebida consumida, pues no sólo se debe al alcohol etílico, sino también a los aditivos de las bebidas; así, determinadas bebidas como el vodka no suelen producir «aliento alcohólico»; por el contrario, el producido por otras como la ginebra es fácilmente detectable.

c) De igual forma, depende de los metabolitos producidos del alcohol y los aditivos, lo que en gran medida puede variar según diferencias individuales. Hay personas que desprenden aliento tras consumir bebidas alcohólicas que apenas tienen olor a líquidos alcohólicos, mientras en otras es más que evidente tras ingerir mínimas cantidades.

d) Determinadas sustancias pueden aumentar, disminuir o neutralizar dicho olor, disimularlo o, por el contrario, semejarlo.

e) Algunos trabajos requieren manipulación de alcoholes, incluso el alcohol etílico, u otras sustancias químicas de olor parecido, que impregnan ropas y piel.

2. *Forma de vestir* («desaliñado») y estado de las prendas (sucias, rotas, arrugadas).
3. *Forma de hablar:* con voz ronca, dificultad de palabra, habla pastosa, locuacidad.
4. *Forma de comportarse:* conductas extrañas, jovialidad o, por el contrario, «falsa seriedad» en el intento de comportarse, indiferencia, exaltación, insolencia o imprudencias en lo que dice o hace.
5. *Forma de andar:* pendulante, con imposibilidad de permanecer quieto o estable, incluso con caídas, giros o cambios de dirección incontrolados.
6. *Aspecto facial:* piel pálida o abotagada, sudorosa, ojeras que contrastan con la palidez, y lengua saburral (sucia) y ojos rojos.

Diagnóstico clínico

Es aconsejable que lo lleve a cabo un médico y se basa en los siguientes datos, principalmente indicativos de pérdida de control de las facultades, que hacen presuponer que la naturaleza del cuadro clínico es de tipo tóxico (diagnóstico de presunción):

– Lengua seca o salivación excesiva.
– Ojos: irritación y subfusión conjuntival; dilatación o contracción pupilar (midriasis o miosis) y alteración del reflejo pupilar a la luz normal (sólo se produce ante estímulo luminoso muy intenso); nistagmo o diplopía.
– Dificultad en la articulación de la palabra.
– Pérdida o dificultad de la memoria (principalmente memoria reciente).
– Pérdida de la capacidad de coordinación motora en general.
– Alteración de la conciencia: puede verse afectada la orientación autopsíquica (de sí mismo), si bien es más frecuente que antes quede afectada la alopsíquica (orientación en tiempo y espacio); el nivel de

conciencia puede variar desde la confusión a estados de estupor o incluso inconsciencia.
- Alteraciones del equilibrio que originan pérdida de estabilidad; se evidencian fallos de la coordinación de movimientos para poder mantenerla.
- Temblor, que evidencia igualmente incapacidad de coordinación de movimientos.
- Alteraciones visuales: visión doble, pérdida de perspectiva (tres dimensiones), alteraciones de profundidad de campo visual, disminución de campo visual, muy evidenciable si pedimos al sujeto que coja un objeto o intente servir un vaso de agua, lo que igualmente pondrá de manifiesto una incapacidad de coordinación de movimientos finos.
- Alteraciones en la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

En este punto hemos de indicar que la embriaguez aguda consta de cuatro fases clínicas (Villanueva Cañadas, 2004):

1. Fase de excitación y euforia, fase inicial y a la que se llega con consumos de 0,75-1 g/kg.
2. Fase de inhibición de centros superiores, en la que hay liberación de impulsos, excitabilidad e irritabilidad, con alteraciones importantes de la conducta y descoordinación motora. Depende de la sensibilidad y la tolerancia (acostumbramiento), pero consumos de entre 1 y 2,5 g/kg conducen a esta fase.
3. Fase narcótica, en la que las funciones sensitivas (percepción) y motoras están profundamente afectadas. Se llega a ella con consumos de entre 2,5 y 4 g/kg.
4. Fase de coma, en la que la narcosis afecta a todo el sistema nervioso y los centros cardiorrespiratorios. Se alcanza con consumos superiores a 4-5 g/kg.

Lo expuesto, en líneas generales, es respecto del diagnóstico de embriaguez. Si bien es verdad que, de forma particular, cada tipo o grupo de sustancias de adicción presenta algunos síntomas específicos, no es posible reproducirlos aquí ni sería práctico desde la perspectiva médico-forense, por lo que nos parece más práctico extrapolar el modelo de intoxicación aguda por alcohol etílico a las demás sustancias de adicción, desde la base de la simple clasificación realizada en estimulantes, depresoras y alucinógenas.

Además, ha de tenerse en cuenta:

- El cuadro clínico no es específico de una sustancia en concreto, sino de un grupo de sustancias (alcohol etílico, anfetaminas, barbitúricos, etc.) o incluso aún más genérico (estimulantes, depresoras, alucinógenas). Con cierta excepción del alcohol etílico, y no absoluta, esto da lugar a que sea dificilísimo clínicamente determinar de qué sustancia se trata.
- Pueden haberse consumido simultáneamente varias sustancias psicoactivas, de diferentes efectos, lo que conduce a cuadros clínicos anodinos. Por ejemplo, heroína más cocaína (depresores y estimulantes).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

De ahí que el diagnóstico clínico sólo es meramente de presunción y ha perdido gran valor frente a las posibilidades de diagnóstico bioquímico existentes en la actualidad; resta sólo como diagnóstico de sospecha. Clínicamente consideramos más práctica la línea de la CIE-10 (OMS, 2007), que sistematiza en cuadros clínicos (F19.0-F19.9) independientemente de la sustancia psicotropa de que se trate. De ella nos interesa destacar, utilizando los términos de la CIE-10:

- *Intoxicación aguda (F19.0):* estado producido por el consumo de una sustancia psicoactiva con alteraciones del nivel de conciencia, pensamiento, percepción, afectividad, conducta u otras funciones psíquicas y acompañado de diversa respuesta fisiológica. Dichas alteraciones están directamente relacionadas con los efectos agudos de la sustancia y asimismo su duración depende de ella, produciéndose la recuperación completa, excepto cuando se produce daño orgánico u otras complicaciones (traumatismo, inhalación de vómito, delirio, coma, convulsiones, etc.) dependientes del tipo o grupo farmacológico de la sustancia y el modo de administración.
- *Consumo perjudicial (F19.1)*: patrón de consumo de sustancias psicoactivas que está causando daños a la salud, físicos (p. ej., hepatitis en los casos de consumo de sustancias psicoactivas inyectadas) o psíquicos (p. ej., episodios de trastorno depresivo secundario al consumo excesivo de alcohol).
- *Síndrome de dependencia (F19.2):* grupo de alteraciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras el consumo de sustancias psicoactivas de forma repetida y que típicamente incluyen un fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso, persistir en su uso a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y a veces un estado de abstinencia física. Puede darse con una sustancia psicoactiva específica (tabaco, alcohol o diazepam), una clase de sustancias (p. ej., opiáceos) o una gama más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.
- *Síndrome de abstinencia (F19.3):* grupo de síntomas de presentación y gravedad variables que ocurren en la retirada absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva después de su uso continuado. El inicio y el curso son de duración limitada y están relacionados con el tipo de sustancia psicoactiva y la dosis de consumo antes de la interrupción o reducción del uso. Puede complicarse con convulsiones.

Diagnóstico bioquímico

Su importancia deriva de la necesidad de determinar la naturaleza del cuadro que impresiona ser de tipo tóxico a través de los datos que configuran el diagnóstico de sospecha y de presunción (diagnóstico clínico).

Alcohol en aire espirado

La identificación y cuantificación de alcohol etílico por método incruento se realiza en aire espirado, mediante los etilómetros. Su base radica en la compro-

bación de que la cantidad de alcohol etílico, expresada en miligramos, en 2 l de aire espirado es igual a la existente en 1 ml de sangre, si bien han de darse las circunstancias de que hayan pasado un mínimo de 15 min tras la ingesta y que dicho aire espirado tenga una concentración de 190 mg de CO_2. Refleja la alcoholemia arterial, y se obtiene el resultado en miligramos de alcohol etílico por litro de aire, por lo que se ha de multiplicar por 2 para obtener los miligramos de alcohol en 1 ml de sangre (mg/ml), lo que es igual a gramos de alcohol por litro de sangre (g/l). Entre los modelos autorizados en la actualidad, el «Alcotest» 7410 es el más utilizado. Todos los alcoholímetros actuales son específicos para determinación de alcohol etílico y no otros alcoholes que puedan interferir. Tienen una boquilla de entrada de aire, en la que se colocan boquillas de un solo uso intercambiables. Se da instrucción al sujeto para que sople y, una vez que la muestra es suficiente, el aparato indica que puede dejar de soplar. Tras un corto tiempo, da el resultado en mg/l de aire espirado, el cual se multiplica por 2 para obtener la alcoholemia en mg de alcohol/ml de sangre o g de alcohol/l de sangre. La detección de alcohol etílico en el aire espirado se basa en la capacidad de aquél de absorber la luz infrarroja en una longitud de onda determinada (9,4 nm). Han de calibrarse cada cierto tiempo mediante un emisor de vapores de etanol, que establece una concentración patrón.

Screening de drogas, tóxicos y medicamentos y determinación de alcoholemia

La determinación de alcoholemia puede realizarse mediante métodos enzimáticos tras la medición de la actividad del alcohol deshidrogenasa y es bastante preciso, si bien poco específico, pues tiene el error de que dicha enzima no es específica en el metabolismo del alcohol, sino también de otros alcoholes. El método actual de elección en cualquier laboratorio que habitualmente realice alcoholemias con garantías es la cromatografía de gases (con especio libre de cabeza).

Con relación a la determinación de medicamentos, por lo general se desconoce el tipo de tóxico e incluso si se ha consumido, por lo que lo que se suele realizar, a no ser que específicamente intentemos determinar uno concretamente, es un screening o barrido. Para ello se puede emplear el siguiente sistema analítico, una vez preparada la muestra de análisis:

- *Drogas de adicción (cocaína, opiáceos, cannabis, metadona) y algunos fármacos (PCP, anfetaminas, benzodiacepinas):* se lleva a cabo el estudio mediante enzimoinmunoanálisis, para lo que hay kits preparados para una o varias drogas, lo que permite un screening.
- *Fármacos en general:* se realiza screening mediante cromatografía en capa fina.
- *Tóxicos orgánicos en general:* se lleva a cabo un screening mediante cromatografía de gases con detector fósforo-nitrógeno y espectrometría de masas.

SUJETO CADÁVER

No varía el sistema indicado, sino sólo las muestras, de las que hay mayor disponibilidad. Por lo general, las muestras que se toman para llevar a cabo un cribado de drogas, tóxicos y medicamentos y determinación de alcoholemia solicitado al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses suelen ser

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

de cerebro, pulmón, hígado, riñón, sangre (sin y con conservante [CLK, EDTA]), bilis, orina y contenido gástrico.

Todas ellas van sin conservante, a excepción de la sangre, y deben conservarse en frío. Se toman, se identifican y se remiten según normas establecidas por una orden del Ministerio de Justicia (Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo), por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología.

DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN PELO

En la actualidad tenemos a disposición técnicas de determinación de sustancias de adicción en el cabello que permiten obtener resultados sobre consumo e intensidad del consumo en períodos en relación directa con la longitud del cabello (1 cm equivale a 1 mes). No obstante, ha de tenerse en cuenta:

- Detectan consumo y la intensidad del consumo en períodos (meses), y no en un momento puntual, por lo que no pueden indicar el estado de intoxicación de una persona en un momento dado (los hechos).
- A través de dicho consumo (continuidad, intensidad) sólo se puede presumir adicción, no confirmarla, pues consumo de la sustancia no es análogo a adicción o dependencia, la que sólo puede objetivarse mediante datos o antecedentes clínicos (tratamientos, síndromes de abstinencia).

CÁLCULO RETROSPECTIVO DE ALCOHOL ETÍLICO

Basándonos en la curva que sigue la alcoholemia en fases de absorción, equilibrio y distribución, y a su vez en los coeficientes de etil-oxidación β y de reparto (r) de Widmark, se pueden realizar varios cálculos teóricos sobre el alcohol ingerido y la alcoholemia en un momento dado. Tales datos pueden calcularse en teoría sólo en dos supuestos (Villanueva Cañadas, 2004):

1. Que efectivamente se haya consumido alcohol, por lo que en cálculos retrospectivos de alcoholemia sólo puede partirse de ella si es > 0,1 g/l determinada con métodos cromatográficos.
2. Que el sujeto se halle en la fase de eliminación o, lo que es lo mismo, referido a la curva, en la fase descendente de ésta, es decir, una vez alcanzado el equilibrio.

Se parte de la base del cálculo efectuado por WIDMARK según el cual la cantidad de alcohol presente en un momento dado en el organismo (A) —o lo que es igual, el alcohol total ingerido en un momento dado— es igual al peso del sujeto en kg (p) por el coeficiente de reparto (r) por la alcoholemia (c).

$$A = p \times r \times c$$

A su vez, según el coeficiente de etil-oxidación, podemos hallar una alcoholemia retrospectiva (Co) a través de una alcoholemia detectada en un momento dado (Ct) ya que, si sabemos lo que se degrada al cabo de una hora (β), o

fracción de ésta, sólo nos bastará calcular lo degradado en un tiempo dado (t) y agregárselo a la alcoholemia actual (Ct).

$$Co = Ct + (\beta \times t)$$

Sobre los dos cálculos anteriores, podemos determinar la cantidad total de alcohol en el organismo en un momento anterior (Ao) a través de una alcoholemia anterior (Co):

$$A = p \times r \times c$$
$$Ao = p \times r \times Co = p \times r \times [Ct + (\beta \times t)]$$

INTERACCIÓN DE ALCOHOL CON OTRAS SUSTANCIAS

El alcohol etílico y múltiples sustancias pueden interaccionar entre sí a diversos niveles:

1. *Interferencia de absorción:* el alcohol etílico puede interferir la absorción de otras sustancias por alterar el pH gástrico o la mucosa gástrica (gastritis) o a la inversa, las sustancias pueden interferir su absorción, como la toma simultánea de alimentos, que la retrasan.
2. *Interferencia metabólica:* el alcohol etílico puede favorecer o alterar el metabolismo de otras sustancias (competencia con sistemas oxidasa) o se puede alterar su metabolismo, ya sea potenciándolo (medicamentos que aceleran el metabolismo hepático) o inhibiéndolo, produciendo una intolerancia al alcohol. Ésta puede ser la denominada «embriaguez patológica», pues se inhibe la ADH y se produce rápidamente una alcoholemia alta y mantenida, o una reacción adversa al alcohol o «efecto Ántabus» (por el nombre comercial de un medicamento empleado en el tratamiento de deshabituación al alcohol etílico, cuyo principio activo es el disulfiram), ya que interfieren la acción de la ALDH, y se acumula acetaldehído en sangre, que origina síntomas diversos (malestar general, mareos, vértigo, náuseas, vómitos, rubor facial, ojos rojos, palpitaciones, hipotensión, sudoración, visión borrosa, somnolencia), efecto que producen múltiples sustancias (antidiabéticos, antibióticos, disulfiram). Fisiológicamente también puede haber intolerancia metabólica al alcohol etílico en determinadas personas.
3. *Modificación de efectos:* puede ocurrir una suma de los efectos depresores del sistema nervioso central con el consumo de cualquier sustancia también depresora (p. ej., consumo conjunto de benzodiacepinas y alcohol) o, por el contrario, efectos contrarrestados cuando se consume junto con sustancias estimulantes (anfetaminas-alcohol).

Al respecto, hemos de precisar bien que lo que se interfiere puede ser la absorción, la metabolización o sus efectos (aumentándolos o disminuyéndolos), pero lo que no admite interferencia es la cifra de alcoholemia, reflejo a su vez del alcohol etílico consumido en un plazo mayor o menor. Se ha de desterrar el tópico de que determinadas sustancias alteran la alcoholemia disminuyéndola o aumentándola; ésta no se modifica por la toma de una sustancia, sino

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

que varía en función de los parámetros de absorción, distribución, metabolización o eliminación y factores que, a su vez, afectan a estos procesos, por lo que una alcoholemia siempre indica consumo de alcohol etílico en mayor o menor cantidad.

Al respecto, hay que considerar también el tópico de la interferencia de resultados por la toma de medicamentos u otras sustancias que contengan alcohol etílico, bien porque éste quede impregnado en boca, lo que puede suceder con los colutorios, bien porque se ingiera y modifique la alcoholemia.

En el primer caso, la cantidad de alcohol que ha podido quedar en la boca es ínfima para interferir una alcoholemia en aire espirado, además de que implicaría haber consumido el producto justo antes de la prueba, la simple precaución de enjuagarse la boca con agua evitaría posible error y el conductor debería estar obligado a comunicar al agente de la autoridad que ha utilizado una sustancia de estas características (sólo se alega a posteriori), si bien, no teniéndose esta precaución y pudiendo remotamente haber interferencia en una primera determinación, en la segunda, realizada 10-15 min después, es imposible.

En los supuestos de medicamentos que llevan como excipiente alcohol etílico, la interferencia alegada podría venir de lo mismo, impregnación de la boca con alcohol etílico, lo ya indicado, o alegar una alcoholemia aumentada por ingestión de estos productos. Al respecto:

1. Con las dosis en que se utiliza el alcohol etílico como excipiente en jarabes o soluciones, la cantidad de medicamento necesaria para dar una alcoholemia positiva es tal que produce antes intoxicación medicamentosa, aparte de que dichas dosis están alejadísimas de las dosis terapéuticas.
2. En el supuesto de que el sujeto hubiera empleado dicho medicamento a dosis tan elevadísimas y produjera una alcoholemia capaz de producir síntomas (lo cual es imposible), ésta debería ser para el individuo indicio de la conveniencia de no conducir un vehículo a motor, aun desconociendo que se debiera a los efectos del alcohol etílico, pues ya se sabe que bajo los efectos del alcohol o de cualquier medicación que pueda producir efectos indeseables o extraños no debe conducirse un vehículo.
3. Sólo cabría el caso de que dosis mínimas pueden producir síntomas en sujetos con intolerancia al alcohol etílico tipo embriaguez patológica, cuadro clínico que el sujeto que lo padece ha de demostrar y teniendo en cuenta que todos los medicamentos que utilizan alcohol etílico como excipiente indican este extremo en sus prospectos para conocimiento de las personas con este trastorno.

ALCOHOL-TRÁFICO-DROGAS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Dado que el alcohol no es la única sustancia capaz de producir efectos en la capacidad para conducir vehículos a motor y según lo establecido en nuestra legislación, se debería establecer un protocolo de actuación (Manuel J. Checa González, 2002) ante el conductor que es sometido a una determinación de alcoholemia en aire espirado:

1. Determinación de alcoholemia, a través de alcohol etílico en aire espirado.
2. Análisis del aspecto externo, la vestimenta y la forma de comportarse y actuar para establecer un «diagnóstico de sospecha».
3. Independientemente de que se rebasen los límites legalmente establecidos y, por lo tanto, sea susceptible de sanción administrativa, y en su caso también judicial, se plantean tres posibilidades:
   a) Alcoholemia positiva y signos de sospecha de embriaguez positivos pueden considerarse datos suficientes para establecer la certeza de que el sujeto se halla bajo los efectos del alcohol etílico. Si bien debería considerarse cuando menos una alcoholemia entre 0,75 y 1 g/l acompañado de síntomas sospechosos, alcoholemias menores pueden producir estos efectos en sujetos no acostumbrados y en los que no tienen tolerancia al alcohol (embriaguez patológica).
   b) Signos de sospecha de embriaguez positivos y alcoholemia negativa o muy baja. Se debe establecer la necesidad de reconocimiento médico, pues no se puede descartar a priori el alcohol etílico. Puede que se trate de embriaguez patológica (cuadros de embriaguez aguda con consumo mínimo) y además existen otras intoxicaciones por drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes o incluso puede que enfermedad mental. Para el diagnóstico de la naturaleza del cuadro, se debe proceder a la extracción voluntaria de muestra de sangre para screening de drogas.
   c) Alcoholemia positiva, en cifras moderadas o elevadas, y signos de sospecha de embriaguez negativos. Se trata seguramente de alta tolerancia o acostumbramiento al alcohol, y la prudencia indicaría la necesidad de reconocimiento por un facultativo médico que, de forma específica, pueda establecer un posible diagnóstico clínico de embriaguez.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

De forma general, se ha de considerar que la alteración de facultades en el momento de la acción delictiva en relación con el consumo de múltiples drogas o sustancias psicotropas (alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes e hipnóticos, cocaína y derivados, estimulantes, alucinógenos, disolventes volátiles, etc.) se puede producir por varios mecanismos:

1. Que el sujeto se encuentre bajo los efectos de una sustancia tóxica por haber consumido, estado de intoxicación aguda, lo que se equipararía a un estado de embriaguez, lo que conlleva alteración de la conciencia. Hemos de tener suma cautela cuando se realice diagnóstico clínico y bioquímico en la embriaguez patológica, pues no hay concordancia entre la alteración de facultades, lo que corresponde a una auténtica embriaguez, y las cifras mínimas de alcoholemia.
2. Que habiendo consumido la sustancia, ésta haya producido una reacción psicótica, psicosis tóxica, con síntomas psíquicos como delirios y alucinaciones, y con una alteración completa de sus facultades volitivas (capacidad de conocer y/o actuar según lo conocido).
3. Que se halle en fase de abstinencia. Desde el punto de vista puramente psiquiátrico, el sujeto sometido a un síndrome de abstinencia no obedece

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

al control de la voluntad, sino que ésta queda viciada por una necesidad preferente y por encima de todas las demás necesidades que el sujeto en ese momento pueda tener. Su único y prioritario objetivo es el consumo, ante lo cual estaríamos hablando de alteración de su capacidad de actuar según lo adecuadamente conocido, si bien es difícil asegurar que durante el curso de un síndrome de abstinencia, incluso en sus fases iniciales de cuadro de ansiedad, no esté alterando el estado de conocer por un estrechamiento de su campo de conciencia. Es un estado de compulsión originado por la necesidad de obtener la sustancia cuya carencia origina su estado de abstinencia. La alteración de facultades volitivas va en relación directa con la intensidad del síndrome de abstinencia. Si bien es verdad que desde el punto de vista médico-legal nos centramos más en un síndrome de abstinencia genérico y no específico, sí descritos clínicamente para cada grupo de sustancias, pues lo que interesa es la alteración de la voluntad producida por el deseo compulsivo, también es verdad que es importante tener en cuenta detalles de determinados síndromes de abstinencia. Entre ellos hemos de destacar:

- *Abstinencia con delirium:* típico del alcohol etílico, asociado a la pérdida de líquidos y electrolitos por la gran sudoración que se produce (deshidratación electrolítica), por lo que su protocolo de terapia incluye la rehidratación del sujeto. En estos casos se ha de tener en cuenta que la alteración de la voluntad proviene más de un cuadro psicótico que de un deseo compulsivo de consumo.
- *Cocaína.* Su síndrome de abstinencia se divide en tres estadios: abstinencia aguda (0-24 h) caracterizado por anorexia, hipersomnio, ansiedad, fatiga, irritabilidad y «síntomas depresivos»; abstinencia (de 48 h a 2-4 semanas), que se caracteriza por el deseo de consumo al que se asocia alta ansiedad; extinción de la abstinencia (de semanas a meses o años): resta sólo un leve recuerdo o deseo esporádico de consumo. Mientras en la abstinencia aguda está clara la alteración de facultades, en la fase de extinción de abstinencia y de abstinencia de días o semanas de duración sería difícil considerarla.
- *Hachís:* suele restar un leve cuadro de tipo ansioso-depresivo, difícil de diagnosticar, por lo que suele pasar inadvertido.

4. Que el sujeto padezca, por consumo crónico, trastorno mental orgánico, casos en que igualmente, dependiendo de la intensidad o gravedad, sus facultades volitivas y/o intelectivas pueden hallarse alteradas en mayor o menor grado.

Pero además de lo establecido legalmente respecto a la intoxicación o abstinencia de estas sustancias[2] como circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad (Arts. 20 y 21 del Código Penal), existe una circunstancia ate-

2. El Art. 20.2: «Están exentos de responsabilidad criminal: 2.º el que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o se hubiese previsto o debido de prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión». El Art. 21: «Son circunstancias atenuantes: 1.º Las causas expresadas en el Art. anterior cuando no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos».

nuante especialmente considerada relacionada con la adicción a ellas (el Código Penal, Art. 21.2, establece como circunstancia atenuante la «de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el n.º 2 del Art. anterior»).

En estos casos, es la relación causa-efecto el factor a analizar, pues ha de establecerse entre el momento de los hechos y la afección sufrida, adicción, y no su consecuencia, que es el estado de intoxicación, psicosis tóxica, abstinencia o daño orgánico.

Para poder explicar tal cuestión, podemos recurrir a la definición clínica que la CIE-10 (OMS, 2007) establece del síndrome de dependencia (F19.2) que anteriormente expusimos: «grupo de alteraciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras el consumo de sustancias psicoactivas de forma repetida y que típicamente incluyen un fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso, persistir en su uso a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y a veces un estado de abstinencia física. Puede estar presente para una sustancia psicoactiva específica (tabaco, alcohol o diazepam), una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos), o para una gama más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes».

De ello podríamos hacer una triple consideración:

- Es factible considerar que la conducta de la persona pueda estar condicionada por la mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras actividades y obligaciones, acompañada de fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso y persistir en su uso a pesar de consecuencias dañinas, con lo que se altera la capacidad de actuar según lo conocido, aunque la de conocer esté conservada.
- No obstante, no podríamos asimilar la gravedad de alteración de la voluntad (capacidad de conocer y actuar según lo conocido) a la que pueda producirse en un síndrome de abstinencia, indicador a su vez de un síndrome de dependencia.
- Igualmente, esta alteración en la voluntad durante la acción sólo es factible considerarla si está encaminada a obtener la sustancia de adicción para su consumo, y no otro fin, extremo que ha de quedar demostrado.

En todo caso de adicción a sustancias puede informarse de las facultades del sujeto, si bien siempre bajo estas premisas:

1. Ha de haber datos objetivos de adicción o dependencia, no sólo consumo de la sustancia.
2. Ha de haber relación causal entre consumo de sustancia de adicción y delito imputado.
3. Ha de haber datos objetivos, cuando menos ciertamente probables, de que el sujeto se encontraba en cualquiera de las circunstancias antes expuestas en el momento de los hechos: intoxicación aguda, psicosis, abstinencia o daño orgánico.
4. En los estados de intoxicación y síndrome de abstinencia ha de valorarse cuantitativamente la alteración de la capacidad de conocer y actuar según lo conocido, que está en relación directa con la intensidad de aquéllos.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Una circunstancia especial que en ocasiones se ha suscitado (incluso ha sido objeto de peritación) es sobre la «imputabilidad» del sujeto que conduce bajo los efectos de bebidas alcohólicas precisamente para dicha acción ilícita. En sí, constituye una infracción penal y, por lo tanto, podría considerarse la posibilidad de discutir la influencia del alcohol etílico en el hecho de llevarla a cabo, sobre la base de que es un tóxico que puede alterar las facultades volitivas del sujeto, lo que dejaría además sin contenido el propio ilícito penal reglamentado (Art. 379 del Código Penal).

Legalmente se incluye esta situación de excepción de la embriaguez voluntaria como eximente por cuanto el Código Penal establece en su Art. 20.2 que «están exentos de responsabilidad criminal: 2.º el que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, *siempre que* no haya sido buscado con el propósito de cometerla o *se hubiese previsto o debido de prever su comisión,* o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión». Así pues, cuando se consume alcohol etílico debe preverse la posible comisión de la infracción penal si se conduce.

No obstante, consideramos que se puede dar una explicación desde el punto de vista psiquiátrico, pues al respecto cabe decir que la prohibición de conducir un vehículo a motor bajo los efectos de bebidas alcohólicas es una norma legalmente establecida, conocida por todos, de dominio público, taxativa y que no implica mayor razonamiento ni gran complejidad. No se trata de una decisión que tomar, sino de una norma que cumplir: la prohibición de conducir. No precisa gran capacidad de comprensión, conciencia, atención o raciocinio.

Si la norma fuera conducir bien o mal bajo los efectos de bebidas alcohólicas, cambiaría su concepto, pues se trataría de, tras ingerir alcohol, tomar la decisión de conducir, «por si nos sale bien», y en segundo lugar hacerlo lo mejor posible, toma de decisión y acción que precisarían de la mayor atención, conciencia y demás funciones psíquicas. Pero no se trata de decidir si llevamos a cabo la acción y en su caso realizarla bien, sino de obedecer algo tan taxativo y esquemático como que habiendo consumido bebidas alcohólicas no debe conducirse un coche, porque sencillamente está prohibido, penado. Se trata de una prohibición tan pública y evidente que se recomienda tomar precauciones si se bebe (debe preverse la comisión de la infracción).

Según lo anteriormente expuesto, consideramos que ir en estado de embriaguez no puede en absoluto modificar la capacidad de simple razonamiento de una norma ya conocida (establecida, de ámbito público y taxativa), es decir, la alteración de la conciencia que supone la embriaguez no es suficiente para impedir que el sujeto obedezca dicha norma, pierda su conocimiento sobre ella, a no ser en estados de embriaguez con casi pérdida total de la conciencia, en cuyo caso difícilmente se es capaz de conducir.

En el mismo momento en que se consume alcohol se sabe si se debe conducir o no, todavía estando perfectamente lúcido; si en ese momento decidimos coger el coche, sabemos que podemos cometer una infracción; si por el contrario decidimos seguir bebiendo sin adoptar las medidas necesarias, continuamos en una actitud imprudente, y finalmente la pérdida de conciencia debe ser casi total para no recordar la norma, conocida hasta el punto que motivó un razo-

namiento al iniciar el consumo de que no podríamos conducir después; ni bien ni mal, sencillamente no se puede conducir. Es la propia actitud voluntaria de beber sabiendo que hemos de conducir la que desde el principio es imprudente; antes de consumir alcohol nuestras plenas facultades nos permiten tomar las decisiones de no coger el coche si vamos a beber o, por el contrario, no beber si hemos decidido coger el coche.

Pongamos el ejemplo anterior para ver la diferencia; supongamos que la norma establecida en el Código Penal fuera la prohibición de conducir de forma inadecuada bajo los efectos del alcohol y/o drogas tóxicas. En este caso el sujeto conocedor de la norma estando ebrio ha de decidir si podrá conducir bien o mal; seguramente se atreverá a conducir precisamente porque la embriaguez, en su primera fase, libera pulsiones y es una fase de euforia, situación en la que la mayoría de los sujetos se creerán capaces de todo. Si analizáramos el razonamiento, éste sería patológico, pues su estado de ebriedad precisamente lo llevó a considerar que, aun estando bebido, podría conducir bien.

Respecto de la capacidad de gobernar la persona y los bienes del sujeto adicto, en el terreno civil, por lo general no suele plantearse, y únicamente debería dejarse para casos en que la adicción sea tal que amenace seriamente la integridad psicofísica del sujeto o su patrimonio, circunstancias en que habría de valorarse la capacidad del sujeto de decidir libremente. Si atendemos a la definición de dependencia de la CIE-10, consideramos que en casos graves sería suficiente su demostración para proceder a la incapacitación, dado que las alteraciones conductuales y cognitivas que lo caracterizan afectan a su capacidad de decidir libremente; una vez completamente rehabilitado podría revocarse la incapacidad. Asimismo, dicha incapacidad puede derivarse de trastornos mentales orgánicos a consecuencia del consumo de sustancias, principalmente cuadros de demencia, trastornos tratados en otro capítulo.

Con relación a la capacidad laboral, el alcoholismo crónico o adicción a otras sustancias, así como las enfermedades derivadas (cuadros orgánicos cerebrales, cirrosis, pancreatitis), suelen ser causa de la incapacidad laboral, transitoria o permanente según el pronóstico del proceso.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Retraso mental

37

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 462
Valoración médico-forense 462
Retraso mental y delito 462
Capacidad para conocer y actuar según lo conocido 464

Como ya dijimos al hablar de psicopatología de la inteligencia, en la actualidad debe utilizarse el término retraso mental, aunque el término «oligofrenia», acuñado por Kraepelin (del griego *oligo-*, «poco», y *fren*, «inteligencia»), fue de aceptación mundial, si bien los autores franceses utilizaban el término «debilidad mental» y los italianos, «frenastenia». Como rasgos principales, en el retraso mental se describe escasez y deficiencia de ideas y conceptos que, unidas a un bajo nivel de experiencias y déficit de asociación ideativa, conducen a un rendimiento intelectivo general deficitario.

Se suele denominar retraso mental al conjunto de síntomas derivados de un insuficiente desarrollo o de un retardo en el proceso de madurez mental del individuo en relación con el nivel que le correspondería por su edad. Inicialmente, pues, supone una disminución cuantitativa en el desarrollo psíquico, pero con posterioridad, y en edades tempranas, conduce a trastornos de la conducta. Por lo general, engloba un déficit de inteligencia y conocimientos (oligognosia), un déficit de sentimientos (oligotimia) y un déficit del desarrollo psicomotor (oligopraxia).

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007), en el capítulo V, «Trastornos metales y del comportamiento», sobre el retraso mental establece: «Es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades que contribuyen al nivel general de inteligencia, es decir, cognitiva, del lenguaje, motora y de las habilidades sociales, y puede ocurrir con o sin ninguna alteración mental o física. El grado de retraso convencionalmente se evalúa por los test de inteligencia estandarizados y se complementa con las escalas de valoración de la adaptación social en un entorno determinado, medidas que proporcionan una indicación aproximada del grado de retraso mental; debe ser un experto cualificado quien realice el diagnóstico. Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo, y pueden mejorar como resultado de la capacitación y la reha-

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

bilitación, por lo que el diagnóstico debe basarse en los niveles actuales de funcionamiento del sujeto.»

Es por ello por lo que, tras el código de categoría de cada tipo (F70-F79), la CIE-10 emplea caracteres de subdivisión para determinar el grado de deterioro de la conducta, que puede ser:

- Deterioro de la conducta nulo o mínimo.
- Deterioro significativo que requiere atención o tratamiento.
- Otros trastornos de la conducta.
- Sin mencionar la alteración de la conducta.

CLASIFICACIÓN

Siguiendo los criterios de la CIE-10, por su difusión y aceptación internacional, ésta lo clasifica como:

- *Retraso mental leve:* cociente intelectual aproximado entre 50 y 69 (en adultos, la edad mental de 9 años a menores de 12). Puede dar lugar a algunos problemas de aprendizaje académico. Muchos adultos serán capaces de trabajar y mantener buenas relaciones sociales y contribuir a la sociedad. Incluye debilidad mental y subnormalidad mental leve.
- *Retraso mental moderado:* cociente intelectual aproximado entre 35 y 49 (en adultos, la edad mental de 6 años a menores de 9). Puede dar lugar a retrasos marcados en el desarrollo en la infancia, pero la mayoría puede aprender a desarrollar un cierto grado de independencia en el autocuidado y la adquisición de una comunicación adecuada y habilidades académicas. Los adultos tendrán diferentes grados de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad. Incluye subnormalidad mental moderada.
- *Retraso mental grave:* cociente intelectual aproximado entre 20 y 34 (en adultos, la edad mental de 3 años a menores de 6). Probablemente necesiten cuidado permanente. Incluye subnormalidad mental grave.
- *Retraso mental profundo:* cociente intelectual menor de 20 (en adultos, edad mental inferior a 3 años). Padecen grave limitación en el autocuidado, la continencia, la comunicación y la movilidad. Incluye subnormalidad mental profunda.

Incluye también las categorías «Otro retraso mental» y «Retraso mental sin especificación».

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

RETRASO MENTAL Y DELITO

La capacidad delictiva está determinada por la profundidad del retraso y, en todo caso, siempre ha de considerarse la capacidad para delinquir, la capacidad para hacer que delinca y la capacidad para ser víctima de delitos.

El retraso mental profundo no es origen de grandes conflictividades legales en el terreno delictivo por la limitada relación social que suele presentar. Sus

trastornos conductuales o reacciones instintivas generalmente se expresan en el ambiente familiar. En casos de acciones delictivas, éstas generalmente son fruto de actos impulsivos que responden prácticamente al plano instintivo (agresiones inmotivadas, hurto, exhibicionismo, etc).

En el retraso mental grave han de diferenciarse dos tipos clínicos de la psiquiatría clásica, de interés por su diferente capacidad de actuación: por un lado, los «eréticos», capaces de cometer todo tipo de acciones fruto de la esfera instintiva y no volitiva, por su incapacidad de raciocino, que son incluso de mayor riesgo de acción que los profundos por su mayor autonomía; por otro, los «apáticos», bondadosos, entregados a los demás, sensibles, sin gran conflictividad derivada de su falta de voluntad, que fundamentalmente son «objeto de uso» de otras personas que no dudarán en aprovecharse (Calabuig et al., 2004 c).

El retraso mental moderado incluye, como dijimos, a las personas con un cociente intelectual entre 35 y 49. La mayoría puede aprender a desarrollar un cierto grado de independencia en el autocuidado y la adquisición de una comunicación adecuada y habilidades académicas, si bien de adultos tendrán diferentes grados de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad. Tienen importante incapacidad para comprender las normas sociales y los hábitos de convivencia, lo que repercute en las relaciones interpersonales, que suelen estar dominadas por una afectividad elemental, máxime si se asocian trastornos de conducta. Así, su conflictividad puede ser desde pequeños robos o hurtos hasta delitos graves contra la propiedad, contra las personas o contra la libertad sexual.

Los retrasos mentales leves y los *borderline* (en el límite con la normalidad) son los que más abundan dentro de la deficiencia mental y llegan a ser el 85% de los casos. Su diagnóstico suele proceder del fracaso escolar, por lo que en personas escasamente escolarizadas puede pasar inadvertido mucho tiempo. En general se trata de personas que suelen presentar formas repetitivas de resolución de problemas, con predominio de los hábitos sobre el comportamiento, apegados a lo sensorial y concreto y con gran dificultad de creatividad. La personalidad está estructurada deficientemente, sus relaciones afectivas son elementales y tienen poca tolerancia a la frustración, lo que suele ocasionar problemas de convivencia en el ambiente familiar, social o laboral; las conductas delictivas más frecuentes son robos o hurtos, peleas, abusos sexuales y altercados del orden público.

El segundo aspecto que hay que considerar es la conflictividad del deficiente mental en el mundo del delito por la facilidad para hacer que delinca. Varía igualmente según el grado, si bien en general su deficiencia los hace sumamente crédulos y fáciles de manipular. En este sentido, es fácil persuadir al deficiente mental para una acción delictiva, que muchas veces es producto de la influencia del medio. No es posible que cometan delitos de cierta complejidad como desfalcos, estafas o falsificaciones, casos en que se debe pensar siempre que actuaron como ayudantes o «pardillos» de otras personas de capacidad intelectual normal.

Una tercera faceta de gran importancia es el deficiente mental como víctima del delito, como sujeto pasivo. También es su credulidad lo que los hace blanco de hurtos, estafas o delitos contra la libertad sexual. En estos últimos delitos cobra una especial relevancia la peritación, pues una deficiencia men-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

tal en la víctima puede tipificar directamente la acción como delito o definir la figura delictiva (contra la libertad sexual, maltratos continuados en el ambiente familiar, etc.).

CAPACIDAD PARA CONOCER Y ACTUAR SEGÚN LO CONOCIDO

Es evidente que, si dicha capacidad se basa en las facultades intelectivas y volitivas de la persona, en los retrasos mentales está alterada. No obstante, no se puede aplicar en todos los grados de retraso mental la misma alteración de la facultad de conocer y de querer, sino que grado y alteración están en relación directa.

Respecto a su imputabilidad, de forma genérica, podemos considerar que por debajo de un cociente intelectual de 50 no hay realmente capacidad para comprender y conocer el alcance de sus acciones o de actuar conforme a esa comprensión. Existe una limitación para conocer, tanto más profunda cuanto mayor es el déficit, y por consiguiente una alteración para actuar según ese conocimiento. En los casos de debilidades mentales, tanto más cuanto más próximos a la normalidad, ha de considerarse que su capacidad de conocer y de actuar según ese conocimiento están conservadas dependiendo de la complejidad o simplicidad de la acción y su forma de actuar (premeditación, precauciones tomadas, acción posterior, motivación). Ha de valorarse, no obstante, si ha habido influencia de otras personas que pudieran haber «dirigido» o influido en la acción y la persona deficiente ha sido sujeto pasivo para delinquir.

Con relación a la capacidad para gobernar su persona y bienes, sucede exactamente igual que respecto a sus facultades, si bien la exigencia de valoración pericial es sumamente mayor, pues las exigencias para actuar en el ámbito civil también lo son. Igualmente ha de valorarse la facilidad con que pueden ser víctimas de engaño y estafa y considerar siempre que su incapacitación es del todo un medio de protección de su persona y sus bienes.

De forma general, podemos considerar que un retraso mental por debajo de un cociente intelectual de 50 (retraso mental grave) es un trastorno persistente e irreversible que produce una importante limitación psíquica y la necesidad de ayuda de terceras personas para desenvolverse en las tareas propias de la vida diaria, y que dicha deficiencia imposibilita de forma severa para el autogobierno personal y económico, habida cuenta de su casi total ausencia de comprensión de conceptos u operaciones de cierta complejidad, ya que no es posible la comprensión de conceptos aún más básicos. Su deficiencia les impide conocer con plenitud cualquier acto civil de mínima complejidad y sus consecuencias, como firmar una compraventa o escritura ante notario, responsabilizarse de sus impuestos y cosas más básicas como la contratación de un servicio público como el agua o la luz. A su incapacidad de comprensión conceptual se suele unir también una incapacidad para realizar operaciones de cálculo o comprenderlo (valorar grado de instrucción y aprendizaje).

Pero, a su vez, su retraso puede conllevar no sólo la imposibilidad de realizar determinados actos y conocer sus consecuencias, sino que sea objeto de engaño en dichas actuaciones, y de ahí la necesidad de su protección por terceras personas que velen por sus intereses (económicos y personales).

Con relación a los internamientos ordinarios, se ha de considerar que la ayuda o necesidad de atención de estas personas se deriva de la circunstancias

sociofamiliares pues, en caso de que no sean posibles, se hará precisa la de instituciones especiales acorde con su déficit y que permitan cubrir sus necesidades de atención física y psíquica, así como la necesaria continuidad de instrucción, educación o rehabilitación en la medida de lo posible. No obstante, dicha atención y educación especial acorde con su déficit intelectivo no es sinónimo de tratamiento médico ni en sí es preceptivo el internamiento en centros especiales para llevarla a la práctica, pues puede darse en régimen externo dependiendo de las circunstancias sociofamiliares. Por ello el retraso mental en sí no es indicación, desde el punto de vista estrictamente médico, para internamiento en centro residencial y ocupacional, que no psiquiátrico, si bien puede haber condiciones sociofamiliares que lo precisen, ajenas no obstante al campo de valoración médico-forense.

En cuanto al ámbito laboral, puede ser causa de valoración de casos de retraso mental adquirido que impida al sujeto desarrollar su actividad u ocupación o que pueda ser resultado de accidente o enfermedad laboral; incluso se puede requerir la valoración de si está capacitado para realizar determinadas tareas en el medio laboral. Pero siempre habrá de considerarse que retraso mental no es sinónimo de «inutilidad», y que con la instrucción y el aprendizaje adecuados los sujetos pueden desarrollar infinidad de tareas en el mundo laboral, lo que significa en definitiva valorar en su justa medida sus capacidades, y no sus limitaciones; es precisa su integración social y laboral, y no una reclusión que los deje relegados al ámbito familiar.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Trastornos mentales orgánicos

38

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 467
Demencias 469
Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas 469
Delírium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas 469
Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática 469
Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral 470
Trastorno orgánico de la personalidad 470
Síndrome postencefalítico 470
Síndrome posconmocional 470
Valoración médico-forense 470
Demencias 471
Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral 472

Debemos incluir en el concepto de trastorno mental orgánico, tal como su nombre indica, cualquier trastorno psíquico cuya naturaleza, sea por la causa que fuere, se halle en una afección cerebral. Causas vasculares, infecciosas, tóxicas, traumáticas o físicas pueden conllevar un daño cerebral y ser la base de un trastorno mental.

Según la CIE-10 (OMS, 2007), se incluye en esta categoría una serie de trastornos mentales cuyo denominador común es una etiología demostrable de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, que puede ser primaria, por afección directa, o secundaria a enfermedades varias.

CLASIFICACIÓN

Por su difusión y su aceptación internacional, vamos a seguir los criterios clínicos de la CIE-10 (OMS, 2007), que en la categoría «Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos», los clasifica en:

1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer:

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer no especificada.

2. Demencia vascular:
   - Demencia vascular de inicio agudo.
   - Demencia multiinfarto.
   - Demencia vascular subcortical.
   - Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
   - Otras demencias vasculares.
   - Demencia vascular no especificada.
3. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar:
   - Demencia en la enfermedad de Pick.
   - Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
   - Demencia en la enfermedad de Huntington.
   - Demencia en la enfermedad de Parkinson.
   - Demencia en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
   - Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.
4. Demencia no especificada.
5. Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
6. Delírium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas:
   - Delírium no superpuesto a demencia.
   - Delírium superpuesto a demencia.
   - Otro delírium.
   - Delírium.
7. Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática:
   - Alucinosis orgánica.
   - Trastorno catatónico orgánico.
   - Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
   - Trastornos afectivos orgánicos.
   - Trastorno de ansiedad orgánico.
   - Trastorno disociativo orgánico.
   - Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
   - Trastorno cognoscitivo leve.
   - Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
   - Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática no especificado.
8. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral:
   - Trastorno orgánico de la personalidad.
   - Síndrome postencefalítico.
   - Síndrome posconmocional.
   - Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

– Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificar.
9. Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificar.

A efectos prácticos médico-forenses podemos sistematizar la clasificación CIE-10 de la siguiente forma.

DEMENCIAS

La demencia es un síndrome por lesión o enfermedad cerebral, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, con conservación de conciencia. El déficit cognoscitivo se acompaña, por lo general (ocasionalmente se precede), de un deterioro en el control emocional, el comportamiento social y/o la motivación. Se produce en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras enfermedades que de forma directa o secundaria afectan al cerebro.

SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Es un síndrome caracterizado por deterioro importante de la memoria reciente y remota, y no la inmediata, con disminución de la capacidad de aprender nuevos datos y desorientación temporal. La fabulación puede ser una característica notable. La percepción y otras funciones cognitivas, como la inteligencia, suelen estar intactas. El pronóstico depende del curso de la lesión que la produce.

DELÍRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Es un síndrome de etiología inespecífica orgánica cerebral caracterizado por alteraciones simultáneas de conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotora, emociones y ritmo sueño-vigilia. La duración es variable y el grado de severidad varía de leve a muy grave.

OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA

Incluye los trastornos mentales causados por enfermedades cerebrales primarias o secundarias a enfermedad sistémica, tóxicos, trastornos endocrinos u otras enfermedades somáticas, que la CIE-10 clasifica por cuadros clínicos diversos incluidos en otros apartados, pero cuyo denominador común en este caso es su naturaleza orgánica (alucinosis orgánica, trastorno catatónico, trastorno de ideas delirantes, trastornos afectivos, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de labilidad emocional, trastorno cognoscitivo leve, otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática y trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática no especificado).

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL

Incluye cualquier alteración de la personalidad y el comportamiento que sea residual o simultáneo a enfermedad, disfunción o lesión cerebral.

Trastorno orgánico de la personalidad

Trastorno caracterizado por una alteración significativa de los patrones habituales de comportamiento que la persona tenía antes de la enfermedad, con alteración de la capacidad de expresión emocional y de los impulsos. Pueden asociarse también alteración del pensamiento y otras funciones psíquicas, así como trastornos de la sexualidad.

Síndrome postencefalítico

Cambios de comportamiento residuales tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de personalidad radica en que a menudo es reversible.

Síndrome posconmocional

Un síndrome que se produce tras un traumatismo craneal, por lo general de intensidad suficiente para producir pérdida de conciencia, que incluye una serie de síntomas variables tales como dolor de cabeza, mareos, fatiga, irritabilidad, dificultad de concentración y de capacidad para tareas intelectuales, trastornos de la memoria, insomnio y menor tolerancia al estrés, la excitación emocional o el alcohol.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

De todos los cuadros descritos, sólo vamos a considerar en este capítulo las demencias y los trastornos de personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, pues en relación con el resto se ha de considerar:

- La escasa importancia médico-legal del síndrome amnésico per se, a lo sumo en valoración del daño corporal o en ámbitos civil o laboral, aunque es difícil llegar a una incapacidad.
- Respecto al delirium, nos remitimos a las alteraciones de la percepción sensorial vistas en el capítulo «Trastornos psicóticos».
- Con relación a otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática, como su propia definición indica, no son más que expresiones sintomáticas similares a otros diversos cuadros clínicos clasificados en otros apartados, pero cuyo denominador común en este caso es su naturaleza orgánica, cuya valoración médico-forense ya se ha tratado en otros capítulos.

DEMENCIAS

Independientemente de su naturaleza u origen, su patrón fundamental es un daño cerebral, generalmente crónico y progresivo, en el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, juicio). La conciencia permanece clara y se suele acompañar de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. En su conjunto produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo. Su gran trascendencia implica sobre todo al ámbito civil, pero no se descarta su presentación en el ámbito penal.

En este sentido, su potencial capacidad delictiva se deriva fundamentalmente de la alteración del pensamiento (suele ser de tipo paranoide), intelectivo, de juicio y raciocinio y de control emocional; es como si halláramos combinados en la misma persona actos derivados de pensamiento delirante o deliroide, sobre todo de tipo paranoide, retraso mental y déficit de control de impulsos. Por ello es posible cualquier tipo de acto derivado de estos trastornos, y lo más frecuente son los delitos contra las personas, agresiones verbales o físicas derivadas de la alteración del pensamiento y el déficit de control. Son poco frecuentes, pues el paciente se reduce fundamentalmente al ambiente familiar, y los miembros de la familia son lo principales receptores de estos comportamientos de base patológica.

No obstante y por tratarse en la mayoría de las ocasiones de pacientes de edad avanzada con un déficit total de funciones psíquicas superiores, pueden ser sujetos pasivos de delito, víctimas de delito; puede ser frecuente el maltrato físico y/o psíquico, por acción u omisión (abandono, falta de cuidados, etc.), robos y estafas.

Es lógico pensar que la alteración volitiva e intelectiva, en caso de ser protagonistas de acciones delictivas es absoluta, habida cuenta de que alcanza por lo general a todas las funciones cerebrales superiores, con un defecto, grave de su capacidad tanto de conocer como de actuar según conocimiento. Suele iniciarse lentamente, con alteración fundamentalmente de la esfera volitiva (déficit de control de impulsos), y es frecuente que se atribuya las acciones que llevan a cabo, y antes no hacían, a «cosas de la edad», y se va asociando de forma progresiva una alteración de la facultad de conocer, sobre la base de una alteración de pensamiento, orientación y juicio y raciocinio, a la que se suma en fases más avanzadas una afección intelectiva general.

Como ya hemos indicado, su mayor importancia estriba en el ámbito civil y es, junto con los retrasos mentales, la causa más frecuente de solicitud de incapacidad e internamientos, fundamentalmente la demencia tipo Alzheimer. Ha de considerarse de igual forma que la alteración de facultades que presentan impide gobernar su persona y sus bienes, por lo que es uno de los trastornos mentales en que más importante es la ayuda de terceras personas para salvaguardar a los enfermos, pues el concepto de incapacidad para gobernar su persona suele abarcar también el ámbito físico en los estados avanzados de la enfermedad.

En este sentido, respecto a los internamientos ordinarios, se han de realizar las mismas consideraciones que sobre las deficiencias mentales, pues la ayuda o la necesidad de atención de estas personas se deriva de las circunstancias

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

sociofamiliares y, en caso de que la ayuda no sea posible, se hace precisa la de instituciones especiales de acuerdo con su déficit y que permita cubrir sus necesidades de atención física y psíquica. Atención que no es sinónimo de tratamiento médico, por lo que no es indicación, desde el punto de vista estrictamente médico, para internamiento en centro residencial y ocupacional, que no psiquiátrico, pues depende de dichas circunstancias sociofamiliares, ajenas al campo de valoración médico-forense.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL

Lo más característico de estos trastornos son las acciones impulsivas, apenas «razonadas», sin previsión de sus consecuencias, sobre la base de un déficit volitivo que puede ir desde una irritabilidad típica del los síndromes postencefalítico o posconmocional hasta una verdadera baja tolerancia a la frustración y déficit de control de impulsos observados en los trastornos orgánicos de la personalidad.

Estos trastornos son consecuencia de lesiones cerebrales derivadas de traumatismos craneoencefálicos, epilepsias de inadecuada evolución o no tratadas (antiguo concepto de «carácter epiléptico»), accidentes cerebrovasculares, etc., y se caracterizan por una personalidad dominada por la impulsividad, el escaso control de los impulsos y una actitud suspicaz y vigilante ante el entorno, con importante preocupación y observación sobre síntomas físicos, que se alterna con cogniciones depresivas; pueden llegar a asociarse alteraciones de tipo intelectivo, por lo que revisten más importancia desde el punto de vista médico-legal. Son frecuentes los delitos contra la propiedad o contra las personas, que el paciente suele justificar como «provocaciones de los demás» y «comprensible respuesta» de su parte; su forma de reacción es impulsiva, tipo resorte *(acting-out)*, imprevisible y no acorde con el estímulo recibido, lo cual es indicio de la enfermedad subyacente.

No obstante, desde el punto de vista médico-legal, para aceptar la concurrencia de dicho trastorno han de cumplirse varias premisas:

- Evidencia de un trastorno de personalidad y/o del comportamiento desde el punto de vista clínico.
- Que la acción imputada sea acorde o compatible.
- Existencia real de enfermedad, lesión o disfunción cerebral que sea la causa directa.

Ha de objetivarse, a través de la historia vital del sujeto y de las personas que conviven con él y los antecedentes médico-psiquiátricos y/o delictivos, un verdadero trastorno de la conducta o del comportamiento, en el que suele haber descargas de agresividad de forma episódica, con déficit de control, sin motivo alguno, ante estímulos nimios o banales. Lo normal asimismo es que, en el caso de lesiones cerebrales residuales, se los someta a rehabilitación mediante psicoterapia, así como la farmacoterapia necesaria para reducir síntomas como depresión (antidepresivos), agresividad (ansiolíticos, neurolépticos) o tratamiento específico de la enfermedad que lo produce (p. ej., antiepilépticos).

Respecto a la enfermedad, lesión o disfunción cerebral indicada como causa, ha de ser real y objetiva y no basta con simples alteraciones electroencefalográficas (generalmente actividad theta), que en ocasiones se aluden como causa de trastorno orgánico cerebral, alteraciones que, sin negar su existencia en el registro electroencefalográfico y su posible calificación como disfunción cerebral que precise de vigilancia o control médico, no han tenido nunca manifestación clínica alguna en el paciente.

A este respecto ha de considerarse que, según la mayoría de los autores, la existencia de ondas theta por sí sola no es significativa de alteración funcional u orgánica del cerebro, ya que pueden presentarse en cualquier persona sin disfunción alguna. Si bien alguna teoría sostiene que, como una actividad theta excesiva caracteriza el electroencefalograma de los niños, su presencia en el «adulto criminal» podría significar una inmadurez cerebral, no existe ningún estudio que la haya objetivado. Por lo tanto, no existe relación directa entre actividad «antisocial» y alteraciones electroencefalográficas per se, es decir, no se ha demostrado una base orgánica de los comportamientos criminales o antisociales.

En este sentido las teorías de Lombroso, Ferri y Garófalo, que establecían el principio de que en todo criminal existía un sustrato o contextura epileptoide, motivo suficiente y único de su conducta antisocial (Calabuig et al., 2004 d), en la actualidad no tienen base. En otro tiempo se afirmaba incluso que todo sujeto antisocial o criminal presentaba anomalías electroencefalográficas, sobre todo de carácter epileptoide, ante lo cual se intentaba explicar una base patológica orgánica de lo que actualmente se debe entender, a lo más, como trastorno antisocial de la personalidad o formas de actuar de personalidades con rasgos antisociales acentuados, que si bien puede unirse en ocasiones a hallazgos electroencefalográficos, éstos no raras veces se aprecian en multitud de personas sin trastorno alguno, que incluso cometen actos antisociales, que no por ello son psicópatas («el acto criminal no es exclusivo del psicópata»).

Dichos hallazgos no deben entenderse en su forma generalizada por carecer de base probada. La falaz asociación entre epilepsia y delincuencia, y sobre todo delincuentes de tipo antisocial, debe quedar relegada al pasado. Y aun en el caso de que se trate de una persona que comete una acción delictiva y además es epiléptico o sufre alguna disfunción electroencefalográfica, demostrada clínica y neurofisiológicamente, esto no es una salvaguarda para entender que su acción escapa a su inteligencia y/o su voluntad.

Realizada esta premisa respecto a su imputabilidad, sobre la base de lo anteriormente expuesto ha de considerarse una alteración en la esfera volitiva de estos sujetos, derivada de una alteración de su capacidad de actuar según lo conocido, mientras está indemne su capacidad de conocer, a no ser que se asocien alteraciones de tipo intelectivo. No obstante, habrá que graduar la alteración, que por lo general no es absoluta en cuadros de «irritabilidad» típica de los síndromes postencefalíticos o posconmocionales y sí total o absoluta en los trastornos orgánicos de la personalidad graves.

Por lo general, es excepcional en la esfera civil la incapacidad de estos pacientes, a no ser que se asocien alteraciones cognoscitivas o que sus alteraciones del comportamiento sean tales que precisen de control permanente y ayuda de terceras personas por ser incapaces de valerse por sí mismas. En este sentido, los trastornos orgánicos de la personalidad derivados de traumatismos craneo-

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

encefálicos graves suelen ser causa de incapacitación por los graves déficits que pueden originar. Asimismo, la necesidad de internamientos involuntarios se deriva de agudizaciones episódicas de alteraciones del comportamiento, y no es infrecuente que haya que solicitarlos para su control y estabilización.

En el ámbito laboral, es evidente que pueden ser causa de incapacidad permanente. En no pocas ocasiones, los trastornos orgánicos de personalidad postraumáticos son motivo de reclamación como secuelas derivadas de accidente laboral (por golpes en cráneo, caídas o accidentes de tráfico in itínere).

Trastornos de los impulsos

39

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 476
Ludopatía 476
Piromanía o fijación patológica por el fuego 476
Cleptomanía 476
Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente) 476
Valoración médico-forense 477
Ludopatía 477
Piromanía 478
Cleptomanía 478
Trastorno explosivo intermitente 479

Mientras la DSM-V-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2008) clasifica como «Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados» las conductas a las que nos vamos a referir, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2007) los incluye como «Trastornos de los hábitos y de los impulsos» en la categoría genérica de «Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto», si bien también se refiere a ellos como trastornos de comportamiento que no son clasificables en otras categorías. Así pues, parecen constituir una categoría «residual» de cuadros psicopatológicos que no pueden ser incluidos en ninguna otra clase.

De una u otra forma, estos trastornos parecen confinados a un sector muy circunscrito de la conducta y no se debe confundirlos nunca con el «déficit de control» o «alteración de control» de impulsos que pueda estar vinculado con otros trastornos mentales, como por ejemplo los trastornos mentales orgánicos (demencias, trastorno orgánico de la personalidad) o trastornos psicóticos (esquizofrenia con defecto, manía) o la impulsividad como rasgo característico de los trastornos de la personalidad. En este capítulo nos vamos a referir a dichas alteraciones conductuales o de comportamiento especiales.

La CIE-10 (OMS, 2007) se refiere a ellos como trastornos de comportamiento que no son clasificables en otras categorías, cuya etiología no está clara, y se agrupan debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se considere que compartan cualquier otro rasgo importante. Se caracterizan por actos repetidos sin clara motivación racional, de impulsos no controlables y que por

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

lo general afectan a los intereses del propio paciente y de otras personas. El paciente los describe como comportamientos impulsivos que no puede controlar.

CLASIFICACIÓN

Siguiendo los criterios de la CIE-10 (OMS, 2007), por su difusión y aceptación internacional:

– Trastornos de los hábitos y de los impulsos:
  - Ludopatía.
  - Piromanía o fijación patológica por el fuego.
  - Cleptomanía.
  - Tricotilomanía.
  - Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos.
  - Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos no especificado.

Desde la perspectiva de la medicina legal, consideramos de interés la ludopatía, la piromanía, la cleptomanía y el trastorno explosivo intermitente, considerado en la DSM-IV-TR como tal categoría diagnóstica e incluido en la CIE-10 como «Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos».

LUDOPATÍA

El trastorno consiste en frecuentes episodios repetidos de los juegos de azar que dominan la vida del paciente, en detrimento de los valores y las responsabilidades sociales, laborales, sobre bienes materiales y familiares.

PIROMANÍA O FIJACIÓN PATOLÓGICA POR EL FUEGO

La piromanía o fijación patológica por el fuego es un trastorno caracterizado por múltiples actos o tentativas de prender fuego a la propiedad u otros objetos, sin motivo aparente y por una fijación persistente por temas relacionados con el fuego y la ignición. Este comportamiento suele ir acompañado de tensión creciente antes del acto e intensa excitación inmediatamente después.

CLEPTOMANÍA

Este trastorno se caracteriza por la incapacidad de resistir los impulsos de robar o sustraer objetos que no son para uso personal o fines lucrativos, sino que incluso pueden desecharse, regalarse o esconderse. Este comportamiento suele acompañarse de tensión creciente antes del acto e intensa satisfacción durante e inmediatamente después.

OTROS TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS (TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE)

Se consideran en esta categoría otros tipos de comportamiento inadaptado y repetido persistentemente que no son secundarios a un síndrome psiquiátrico reconocido y en los que parece que el paciente es incapaz de controlar el im-

pulso de llevar a cabo la acción. Hay un período prodrómico de tensión y un sentimiento de liberación en el momento del acto.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

Es de extraordinaria importancia médico-legal la consideración que realiza la CIE-10 respecto a la agrupación de estos trastornos como trastornos de comportamiento cuya etiología no está clara y que se agrupan debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante.

Esto conlleva que, desde el punto de vista de la valoración forense, haya que considerarlos de forma independiente.

LUDOPATÍA

Es evidente que la capacidad delictiva no proviene del propio acto impulsivo de jugar, sino de lo que conlleva y rodea al ludópata. El robo, la estafa, el engaño y la mentira suelen estar en su ámbito, dadas las pérdidas y la necesidad de seguir jugando ocultando su trastorno. Conlleva generalmente su ruina y la de quienes lo rodean. En ocasiones puede cometer delitos por omisión, como la falta de cuidados de personas a su cargo (niños, ancianos) pues, una vez iniciado el juego, no es posible abandonar (suele cortar la partida cuando ya no posee dinero).

Respecto a su «imputabilidad», ha de diferenciarse la posible alteración de facultades volitivas (conocer y actuar según lo conocido) durante la acción de jugar y durante «las consecuencias» derivadas de ello. Sí puede hablarse de una alteración de facultades volitivas respecto al inicio y el fin del juego, como impulso irresistible de comenzar y, una vez en ello, no poder dejar de hacerlo (de igual forma que, por analogía, un impulso irresistible del consumidor de sustancias de gran adicción psíquica como la cocaína o el tabaco), lo que se traduce en alteración de la capacidad de actuar según lo conocido, pues no existe alteración de la capacidad de conocer; el sujeto conoce que va a jugar, que inicia el juego y que no puede finalizarlo.

Aparte de ese acto, su voluntad ha de considerarse conservada. Si bien habrá de analizarse cada caso de forma particular, en general el ludópata es consciente plenamente de su adicción, de la acción de jugar, de las acciones ilícitas que pueda cometer en torno al juego patológico (estafas, robos) y de las consecuencias que pueden conllevar. No obstante, habría que analizar posibles trastornos de las emociones o del estado de ánimo (cuadros de angustia, depresivo) que en ocasiones pueden asociarse e influir en sus acciones ilícitas.

En definitiva, la «imputabilidad» del ludópata siempre ha sido de opiniones dispares. Para determinarla es necesario individualizar cada caso para tratar de determinar si el deseo de jugar y la imposibilidad de control tienen la suficiente intensidad para dirigir la conducta de la persona que lo padece, tanto en lo que se refiere al acto de jugar como a las conductas delictivas encaminadas a obtener dinero para poder hacerlo. Nuestra posición, como hemos indicado, es que puede considerase alterada durante el acto de jugar (momento de inicio, desarrollo y abandono), si bien fuera de ello hay que analizar otros posibles trastornos asociados que puedan condicionar su comportamiento.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Respecto a su capacidad civil, son susceptibles de protección de sus bienes, no de su persona, en función de que su trastorno de control del juego les impide gobernarlos, pues es evidente que, por lo general, acaban en la ruina y llevan a la ruina a los demás.

En el ámbito laboral pueden igualmente ser motivo de incapacidad, pues de forma general la ludopatía a la larga produce incumplimiento de obligaciones laborales, familiares y sociales, como igualmente pueden ser incapacitantes otros trastornos asociados, como trastornos de las emociones o del estado de ánimo (depresión, ansiedad crónica, trastornos de adaptación). Y, de forma particular, son incapaces para todo trabajo en que el ludópata pueda estar en contacto con dinero o pueda tener responsabilidad en cuestiones económicas (entidades bancarias, comercios, gestión de empresas, etc.).

PIROMANÍA

Su capacidad delictiva puede ser muy elevada habida cuenta del poder destructivo del fuego; son de «alto riesgo criminal». La acción de provocar fuego puede ser en sí delictiva, al igual que las consecuencias que produce. Así, pueden cometer delitos contra la seguridad colectiva (de los incendios), contra el medio ambiente, contra la propiedad (daños) y contra las personas (lesiones, homicidio) entre otros.

Respecto a su «imputabilidad», facultades en el momento de la acción, ha de considerarse que, si bien puede hablarse de un trastorno en el control de los impulsos traducido cuando más en una alteración en la capacidad de actuar según lo conocido, no queda afectada en absoluto la capacidad de conocer, pues ésta queda conservada, hasta el punto de que en muchas ocasiones el incendio es premeditado. Por lo tanto, si son conscientes tanto del acto de incendiar como de las consecuencias que puede producir y, si bien el propio acto del incendio pudiera considerarse una alteración volitiva, basada en la «irresistible» necesidad de provocar fuego y la excitación que produce, no podría considerarse una anulación de sus facultades respecto a los delitos derivados, pues es plenamente consciente de ello.

En términos generales, salvo que en el sujeto coexista otro trastorno psíquico que pueda alterar sus facultades, debe concluirse la persistencia de los requisitos de la «imputabilidad», tanto la capacidad de conocer como la de actuar según ese conocimiento, si bien habrá que analizar cada caso concreto.

En el ámbito civil, son poco susceptibles de discapacidad, pues dicho trastorno no les imposibilita en absoluto el autocontrol personal y patrimonial, al igual que son perfectamente capaces en el ámbito laboral, con la limitación que pueda conllevar que su profesión esté relacionada de alguna forma con el fuego (bomberos, policía, venta de material combustible, fuegos artificiales, etc.).

CLEPTOMANÍA

La capacidad delictiva de los cleptómanos se basa en el propio hecho de la sustracción, el hurto o robo, por lo que cometen atentados contra la propiedad y el perjuicio a terceros depende del valor de lo sustraído, independientemente de que para el cleptómano carezca de valor o no le dé uso alguno. Lo grati-

ficante es en sí el acto del robo, tensión emocional antes del acto y una sensación de gratificación durante e inmediatamente después.

Con relación a su «imputabilidad», habríamos de decir exactamente lo mismo que en los casos anteriores; si bien el propio acto del hurto o robo se podría considerar como alteración grave de los impulsos, del acto voluntario, basada en el hecho de un impulso irresistible, habría que explicar la posible premeditación, generalmente un cierto esfuerzo por esconderse, aunque, en el extremo contrario, no se aprovechan todas las ocasiones para hacerlo (mayor tensión, emoción previa y durante el acto, lo que aumenta la gratificación final), situaciones que hablan de conciencia, voluntariedad, previa al acto. Aun así, si en el propio acto podría dudarse de la integridad de la voluntad, en lo que no existe duda es en el conocimiento que tienen de las consecuencias derivadas para sí y para terceros, pues conocen perfectamente la bondad o maldad de la acción cometida.

En el ámbito civil son poco susceptibles de discapacidad, pues están perfectamente capacitados para gobernar su persona y sus bienes. En el terreno laboral son fuente de conflictos en trabajos que puedan facilitarle el robo de objetos (comercios) o con compañeros de trabajo, pues no dudarán en las oportunidades de sustraer para obtener la gratificación emocional que ello les produce.

De forma general, al igual que la piromanía, debe considerarse una indemnidad de facultades, salvo que haya algún otro trastorno que pueda alterarlas o anularlas.

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

La capacidad delictiva de estos sujetos se basa precisamente en la incapacidad para controlar una descarga repentina de agresividad (como su nombre indica, explosiva) totalmente desproporcionada respecto al estímulo desencadenante. Es una forma de reacción muy parecida a los trastornos orgánicos de la personalidad, y son frecuentes los delitos contra las personas o contra la propiedad, consecuencia de reacciones impulsivas, tipo resorte *(acting-out)*, imprevisibles, no acordes con el estímulo recibido, que, a diferencia de aquellos, no son fruto de «altercados» que el paciente justifica como provocaciones de los demás y «comprensible respuesta» de su parte.

Mientras el trastorno orgánico de la personalidad se caracteriza por un déficit de control de los impulsos, baja tolerancia a la frustración y una actitud suspicaz y vigilante ante el entorno (rasgos patológicamente adquiridos), en el trastorno explosivo intermitente no se dan estos rasgos, y son en principio «formas de ser normales», si bien con una capacidad de respuesta a los estímulos alterada y en ocasiones hasta sin estímulo; no puede hablarse de impulsividad, baja tolerancia a la frustración o escaso control, sino de verdadero trastorno o defecto de control de impulsos. El paciente puede ser consciente de su enfermedad o trastorno, pero no puede explicar sus respuestas.

En este sentido hay que considerar una anulación de la voluntad sobre la capacidad de actuar según lo conocido, pero incluso de la capacidad de conocer; la respuesta es tan repentina, brusca, desproporcionada, en ocasiones carente de estímulo, que puede considerarse que escapa al «control consciente».

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Pero si siempre hay que analizar cada caso de forma individual, en estos casos es primordial, pues hay que tener en cuenta su excepcionalidad:

- Descartar otra enfermedad de base (trastornos de la personalidad, trastornos de las emociones o estado de ánimo, trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia con defecto, etc.).
- Descartar simulaciones.
- Que el acto llevado a cabo sea compatible con el trastorno explosivo intermitente: son actos repentinos de verdadera descarga explosiva, faltos de premeditación alguna, con desproporción entre estímulo y respuesta, con estímulo no relacionado con respuesta o en ocasiones sin estímulo alguno, lo que puede dar el carácter de acciones absurdas o inexplicables.

Respecto a su capacidad para gobernar su persona y sus bienes, no suele haber base para considerarla alterada. En el terrero laboral sólo puede hablarse de conflictividad para puestos de responsabilidad o estresantes, pues podrían dar lugar a circunstancias que sirvieran de catalizador de descargas explosivas.

Trastornos emotivo-reactivos

40

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Clasificación 482
Otros trastornos de ansiedad 483
Trastorno obsesivo-compulsivo 483
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación 484
Trastornos disociativos (de conversión) 485
Trastorno de despersonalización-desrealización 486
Valoración médico-forense 486
Capacidad delictiva 486
Facultades volitivas y/o intelectivas 487

Si bien, en principio, poco pueden compartir en su etiología los diferentes trastornos que vamos a exponer, consideramos que tienen dos características en común, presentes en mayor o menor grado:

- Son de tipo reactivo: a situaciones estresantes, situaciones ambientales generales o particulares, acontecimientos traumáticos vitales, etc.
- Por lo general suelen acompañarse de una alteración cualitativa de la afectividad, es decir, de las emociones, de las que la ansiedad y la angustia son las dos expresiones sintomáticas fundamentales, si bien pueden aparecer otras alteraciones.

En sí, es un grupo heterogéneo de trastornos difícilmente clasificables históricamente, pues se agruparon bajo el concepto de «neurosis» o trastornos neuróticos, y se creía que en ellos la personalidad y sus conflictos tenían un papel esencial. En la actualidad, mientras el DSM-V-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2008) los clasifica como trastornos independientes («Trastornos de ansiedad», «Trastornos disociativos» y «Trastornos somatomorfos»), la CIE-10 (OMS, 2007) los incluye en la categoría general de «Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos».

Independientemente de su etiología, relacionada o no con una personalidad premórbida, y sus formas de clasificación o no, consideramos que tienen en común, en mayor o menor grado, las características de reacción y emoción, por lo que los denominamos bajo el epígrafe genérico de trastornos emotivo-reactivos.

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

CLASIFICACIÓN

Por su amplia difusión y aceptación internacional, vamos a seguir los criterios de clasificación de la CIE-10 (el DSM-IV-TR establece para cada trastorno pautas y criterios de correlación con la CIE-10) que, como ya se ha indicado, bajo la categoría genérica de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos los clasifica en:

1. Trastornos de ansiedad fóbica:
   - Agorafobia.
   - Fobias sociales.
   - Fobias específicas (aisladas).
   - Otros trastornos de ansiedad fóbica.
   - Trastorno de ansiedad fóbica no especificado.
2. Otros trastornos de ansiedad:
   - Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
   - Trastorno de ansiedad generalizada.
   - Trastorno mixto ansioso-depresivo.
   - Otro trastorno mixto de ansiedad.
   - Otros trastornos de ansiedad específicos.
   - Trastorno de ansiedad no especificado.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo:
   - Con predominio de pensamientos o reflexiones obsesivas.
   - Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
   - Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
   - Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
   - Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado.
4. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación:
   - Reacción a estrés agudo.
   - Trastorno de estrés postraumático.
   - Trastornos de adaptación.
   - Otras reacciones a estrés grave.
   - Reacción a estrés grave no especificada.
5. Trastornos disociativos (de conversión):
   - Amnesia disociativa.
   - Fuga disociativa.
   - Estupor disociativo.
   - Trastornos de trance y de posesión.
   - Trastornos disociativos de la motilidad.
   - Convulsiones disociativas.
   - Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas.
   - Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
   - Otros trastornos disociativos y de conversión.
   - Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
6. Trastornos somatomorfos:
   - Trastorno de somatización.
   - Trastorno somatomorfo indiferenciado.
   - Trastorno hipocondríaco.
   - Disfunción vegetativa somatomorfa.

- Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- Otros trastornos somatomorfos.
- Trastorno somatomorfo sin especificación.

7. Otros trastornos neuróticos:
   - Neurastenia.
   - Trastorno de despersonalización-desrealización.
   - Otros trastornos neuróticos especificados.
   - Trastorno neurótico sin especificación.

Desde el punto de vista médico-legal, consideramos de interés «otros trastornos de ansiedad», «trastorno obsesivo-compulsivo», «reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación», «trastornos disociativos» y «trastorno de despersonalización-desrealización» (en otros «trastornos neuróticos»).

Los trastornos de ansiedad fóbica (fobias), como cuadros de ansiedad centrada en situaciones, animales o cosas, revisten bastante poco interés desde el punto de vista de la valoración médico-forense de facultades intelectivas-volitivas (puede ser que más en valoración del daño psíquico, si es que puede argumentarse muy bien la causa), al igual que los trastornos somatomorfos y resto de otros trastornos neuróticos.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El síntoma principal de estos trastornos es una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular (a diferencia de las fobias). Pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, que han de ser claramente secundarios o menos graves (si no, habría que considerar un cambio de diagnóstico). La CIE-10 considera las siguientes entidades clínicas:

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- Otros trastornos mixtos de ansiedad.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La característica esencial de este trastorno son los pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez, de forma estereotipada, en la actividad mental del individuo; suelen ser desagradables; el paciente intenta, sin éxito, resistirse a ellos y sin embargo los percibe como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez, y para el enfermo tienen la función de intentar prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable (que él mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros), y en sí mismos no son placenteros ni dan lugar a actividades útiles. Por lo general, el enfermo reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y hace reiterados intentos para resistirse a él. Casi siempre está presente un

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

cierto grado de ansiedad, que empeora cuando se ofrece resistencia a los actos impulsivos.

La CIE-10 considera las siguientes formas clínicas:

- Con predominio de pensamientos o reflexiones obsesivos.
- Con predominio de actos compulsivos y rituales obsesivos.
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Estos trastornos aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática continua, que son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se habría producido el trastorno.

Se diferencian las siguientes formas:

1. *Reacción a estrés agudo:* es un trastorno transitorio de gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente como respuesta a un estrés físico o psíquico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Se caracteriza por:
   - La vulnerabilidad individual y la capacidad de hacer frente al estrés influyen en la aparición y la gravedad de las reacciones de estrés agudo.
   - Clínicamente hay un estado inicial de «embotamiento», con algún estrechamiento del campo de la conciencia, disminución de la atención y respuesta a estímulos y desorientación. Puede seguirse de estupor o de agitación y el exceso de actividad. Son frecuentes síntomas vegetativos como taquicardia, sudoración, sofocos.
   - El cuadro clínico se presenta generalmente en minutos tras el estímulo estresante y desaparece en horas, máximo 2-3 días.
   - Puede haber una amnesia parcial o completa del episodio.
2. *Trastorno de estrés postraumático:* se considera trastorno de estrés postraumático el que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento o una situación (breve o duradera) estresante. Sus características son:
   - El agente estresante es de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, de forma que por sí solo causaría malestar generalizado a casi todo el mundo.
   - Ciertos rasgos de personalidad (compulsivos o asténicos) o «neuróticos» pueden actuar como factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del trastorno o para agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para su aparición.
   - Clínicamente se caracteriza por episodios de revivir el trauma en forma de recuerdos intrusivos *(flashbacks),* sueños o pesadillas, en el contexto de embotamiento emocional, y que suelen ir acompañados de desapego emocional, falta de respuesta y evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma, así como de síntomas de

hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, reacciones de sobresalto e insomnio, trastornos de las emociones (ansiedad), del estado de ánimo (incluso con ideas suicidas) y trastornos del comportamiento.
- Entre la acción del agente estresante y la aparición del trastorno siempre hay un período de latencia cuya duración varía desde pocas semanas hasta meses y el curso es fluctuante; se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos, y es excepcional el curso crónico y una evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

3. *Trastornos de adaptación:* son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y el rendimiento y surgen en el período de adaptación a un cambio significativo en la vida o un acontecimiento vital estresante. Se caracterizan por:
   - El estrés puede haber afectado a la trama social del individuo (duelo, experiencias de separación) o el sistema más amplio de apoyo social y los valores (migración, refugiados), o representar una transición o crisis de desarrollo importante (ir a la escuela, fracaso al alcanzar un objetivo personal, jubilación, etc).
   - Su aparición y su forma de expresión están determinados de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual, si bien el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante.
   - Suele haber, en mayor o menor grado, síntomas resultantes de alteraciones del estado de ánimo (depresivos) y de las emociones (ansiedad), sentimiento de incapacidad para afrontar la situación y planificar el futuro, así como cierto grado de incapacidad para la actividad diaria; pueden asociarse trastornos de conducta, sobre todo en los adolescentes.
   - El rasgo predominante puede ser una reacción depresiva (breve o prolongada), alteración de emociones y/o la conducta.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN)

Se caracterizan por la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Tienden a remitir después de unas semanas o meses, particularmente si su aparición se asocia a un acontecimiento traumático de la vida, si bien pueden tender a la cronicidad, en particular parálisis y anestesias, si la aparición se asocia con problemas irresolubles o dificultades interpersonales. Se los ha considerado como diversos tipos de «histeria de conversión», supuestamente de origen psíquico, asociados con situaciones traumáticas, problemas irresolubles o relaciones conflictivas.

Se expresan mediante síntomas de enfermedad física, y no se revela trastorno físico o neurológico alguno mediante el examen médico, por lo que son expresión sintomática de conflictos emocionales o necesidades subyacentes. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha relación con el estrés y suelen aparecer bruscamente.

Sólo se incluyen aquí los trastornos de las funciones físicas con control voluntario y la pérdida de las sensaciones. Trastornos que implican dolor y otras

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

sensaciones físicas complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo se clasifican como trastornos somatoformos. Debe considerarse siempre la posibilidad de aparición posterior de graves trastornos físicos o mentales.

La CIE-10 considera las siguientes formas clínicas:

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Estupor disociativo.
- Trastornos de trance y de posesión.
- Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria.
- Convulsiones disociativas.
- Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas.
- Trastornos disociativos.
- Otros trastornos disociativos (síndrome de Ganser, trastorno de personalidad múltiple).
- Trastorno disociativo (de conversión) no especificado.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN-DESREALIZACIÓN

Es un trastorno excepcional en el que el paciente se queja espontáneamente de que su actividad mental, su cuerpo y el entorno cambian volviéndose irreales, lejanos o mecánicos (automáticos). La mayoría de los pacientes suelen quejarse de un sentimiento de distanciamiento de su pensamiento, de su cuerpo o del mundo real. A pesar del carácter dramático de la experiencia, el paciente es consciente de la irrealidad del cambio, y la percepción sensorial y la capacidad de expresión emocional no están alteradas. La despersonalización-desrealización pueden ser síntomas acompañantes en trastornos obsesivo-compulsivos, depresivos, fóbicos y esquizofrenia, casos en que el diagnóstico principal que realizar es el de estos trastornos de base.

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

Desde el punto de vista clínico, todos los cuadros referidos y agrupados en la CIE-10 bajo un mismo epígrafe comparten una alteración de las emociones, traducida en la existencia de ansiedad en sus diferentes formas (localizada hacia situaciones, generalizada, como respuesta a estrés, etc.). Desde el punto de vista médico-forense, si bien todos ellos presentan significación clínica y comportamientos derivados totalmente diferentes, podemos considerarlos de forma integral, dado el nexo de la ansiedad de base.

CAPACIDAD DELICTIVA

Los «enfermos de ansiedad» producen pocos trastornos a la sociedad y la Administración de Justicia, porque el individuo con trastornos de ansiedad es un enfermo que sufre, pero no hace sufrir a los demás (Marcó et al., 1990). Es realmente infrecuente la existencia de estos trastornos en el sujeto infractor, si bien en ocasiones la alteración emocional de base puede ser causa de conductas legalmente conflictivas, referidas principalmente a altercados del orden público, delitos contra las personas, atentados contra la autoridad y contra la pro-

piedad. Se caracterizan por su bajo nivel de tolerancia a la frustración, junto con una ansiedad elevada, ocasionalmente acompañados de alteraciones del estado de ánimo, lo que evidencia un dintel bajo para respuesta ante determinados estímulos que la persona puede percibir como amenazadores y que en condiciones normales no lo serían.

FACULTADES VOLITIVAS Y/O INTELECTIVAS

Por lo que se refiere a la «imputabilidad», por lo general ha de tenerse en cuenta que los estados emocionales, cuando menos, producen una alteración de la capacidad de conocer, y por lo tanto de actuar según lo conocido, alteración que en ocasiones podría considerarse anulación si se demuestran graves trastornos del comportamiento con mediación de estos cuadros clínicos y relacionados, cómo no, con el hecho delictivo.

En esta línea, estos trastornos guardan analogía con las figuras jurídicas de arrebato y obcecación, en las que, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, y en base a un criterio puramente cualitativo, la base de la pérdida de imputabilidad es psicológica; su fundamento está en la propia naturaleza humana, pues es innegable la existencia de situaciones en que, aun presumiendo en el sujeto libertad para decidir, hay emociones, sentimientos o pasiones que hacen que la acción pueda escapar al control.

Desde el punto de vista clínico, dichos cuadros explicarían la actuación del ser humano por alteración de las emociones llegando a considerar la posibilidad de anulación de la voluntad, mientras que desde el punto de vista jurídico sólo le es aplicable una atenuante.

En cada caso, pues, habrá que considerar de forma pormenorizada si la actuación de la persona estuvo mediada o no por la alteración de las emociones, en unos casos a causa del trastorno, en otros casos sólo acompañante. Así, de forma genérica, podríamos considerar posible alteración volitiva casi siempre justificada en otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

En los trastornos disociativos se une la gran dificultad para averiguar hasta qué punto la capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se ha perdido. Si durante la comisión de la acción se demuestra un déficit de control voluntario, habríamos de considerar una alteración de facultades volitivas; la alteración de éstas podría considerarse en estos casos también asociada a los trastornos del estado de ánimo que en ocasiones la acompañan, o sobre la base de trastornos de las emociones (ansiedad) cuando sea muy evidente.

En los trastornos de despersonalización-desrealización, en líneas generales, no debería contemplarse una alteración de la voluntad, toda vez que la conciencia y la percepción sensorial están íntegras, a no ser que haya otro trastorno mental de base y sólo sean expresión sintomática de éste, casos en que habrá que valorar dicho trastorno.

Respecto a su capacidad para gobernar su persona y sus bienes, no suele haber base para considerarla alterada. En el terrero laboral son motivo muy frecuente de bajas laborales, si bien es muy difícil poder considerar una incapacidad laboral permanente.

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

BIBLIOGRAFÍA

Aguar Fernández M (2000). Los médicos de atención primaria ante la violencia doméstica. Revista El Médico, 6 de octubre de 2000. Ponencia presentada al XI congreso de la Sociedad Andaluza de Familia, Granada.

Alonso-Quecuty M, Campos L, Hernández-Fernaud E (2000). Mentiras y mentirosos: El conocimiento de las claves de detección por jueces y legos. Simposio «Psicología del Testimonio». 1.er Congreso Hispano-Portugués de Psicología. 21-23 septiembre, Santiago de Compostela.

Alonso-Quecuty ML (1991). Mentira y testimonio: el peritaje forense de la credibilidad. Anuario de Psicología Jurídica, 55-67. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid.

Alonso-Quecuty ML (1999). Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. Papeles del Psicólogo, junio, n.º 73. Consejo General de Colegios de Psicólogos de España, Madrid.

Asamblea General de Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 del 20 de diciembre. Disponible en: http://www.un.org/es/

Asociación Americana de Psiquiatría (2008). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Texto revisado. Barcelona: Elsevier-Masson.

Ball B (1890). Leçons sur les maladies mentales. 2.ª ed. París: Asselin et Houzeau.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4:461-571.

Berkowitz L (1996). Agresión: causas, consecuencias y control. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Berliner L, Elliot DM (1996). Sexual abuse of children. The APSAC Handbook on child maltreatment. Londres: Sage. p. 51-64.

Bonino L (2003). Obstáculos a la comprensión de la violencia (masculina) hacia las mujeres en la pareja. Versión reducida en la web de la Sociedad Española de Psicología de la Violencia. Disponible en: http://www.luisbonino.com/PUBLI05.html

Boring EG (1950). A history of experimental psychology. 2.ª ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

Bosch E, Ferrer VA (2002). La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. Madrid, Cátedra.

Bueno M (1979). Deficiencia mental. Zaragoza: Cometa.

Bussey K, Lee K, Grimbeek EJ (1993). Lies and secrets: Implicatios for children's reporting of sexual abuse. En: Goodman G, Bottoms BL, editores. Child victims, child witnesses. Understanding and improving testimony. New York: The Guilford Press. p. 147-168.

Cabaleiro Goas M (1998). Temas psiquiátricos. Tomo 2 (Obras completas, tomo 2). Asociación Gallega de Psiquiatría, Lugo.

Calcedo Ordóñez A (2007). La pericia médica en el procedimiento de incapacitación civil. En: Los derechos de las personas con discapacidad. Tomo 1: Aspectos jurídicos. Madrid: Caja Madrid, promovida por el Consejo General del Poder Judicial. p. 225-262.

Cantón Duarte J, Cortés Arboleda MR (2000). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid: Pirámide.

Castellano Arroyo M (1998). Prólogo. En: Lorente Acosta M, Lorente Acosta JA,

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

editores. Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. Granada: Comares.
Castellano Arroyo M (2004 a). Violencia familiar. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina Legal y Toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Castellano Arroyo M (2004 b). Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuadernos de Medicina Forense. Sevilla: Asociación Andaluza de Médicos Forenses. n.º 235, enero. p. 15-28.
Castellano Arroyo M, Gisbert Grifo MS (2004). Valoración médico-legal del daño psíquico. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina Legal y Toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Catell RB (1971). Abilities: structure, growth and action. Boston: Houghton Mifflin.
Checa González MJ (1999). Peligrosidad criminal. Presupuestos para su apreciación. Centro de Estudios Jurídicos, Ministerio de Justicia. Madrid: CEJ.
Checa González MJ (2002). Alcohol-conducción-drogas: combinación mortal. 2) Diagnóstico clínico y analítico del alcohol y drogas en los conductores. II Congreso Nacional Tráfico, Seguridad y Educación vial. Roquetas de Mar, Almería, 7 de junio.
Checa González MJ (2007). Víctima de violencia de género-víctima de dominio. Análisis antropológico. Trabajo de investigación. Grado máster. 2.º ciclo de estudios universitarios. Máster en antropología física y forense, área de comportamiento humano, laboratorio de antropología, defensa ante tribunal Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Granada, junio.
Checa González MJ (2007 b). Violencia de género: ¿por qué no cesa? En: Violencia de género: magnitud y evolución. Cursos de verano 2008. Universidad Pablo de Olavide, 14 de julio de 2008, Sevilla.
Checa González MJ (2010). Revisión Antropológica de la Violencia de Género: Perfiles de Violencia en la relación de pareja. Tesis doctoral. Laboratorio de Antropología, Universidad de Granada, Facultad de Medicina. Granada, 1 de julio de 2010.
Cobo Plana JA (1989). Valoración médico-forense de algunos aspectos de la violencia contra las mujeres. Tesis doctoral. Departamento Clínica Médico Forense de Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
Código Civil. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Código Civil. Universitat de Girona, 2009. Disponible en: http://civil.udg.es/
Código Penal. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Colomer T (2005). Estudio de la obra El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde (Robert L. Stevenson, 1986), apéndice. Barcelona: Edebé.
Conde V, Esteban T, Useros E (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, 31:469-497.
Conde V, Useros E (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 12(4):217-236.
Conde V, Useros E (1975). El inventario para la medida de la depresión. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 12(3),153-167.
Cronbach JL (1990). Psychological testing. 5.ª ed. New York: Harper & Row.
De Corral P (2004). El agresor doméstico. El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos. Coord. José Sanmartín. Barcelona: Ariel. p. 239-250.
De Luis García MJ (2003). La valoración del daño corporal por accidente de tráfico en el Instituto de Medicina Legal de Castellón, tras la Ley 30 de 1995. Valencia: Universitat de València, Servei de Publicacions.
Decreto 162/1968, de 25 de marzo, sobre modificación de determinados artículos del Reglamento de los Servicios de Prisiones de 2 de febrero de 1956. BOE n.º 31, de 5-2-1968.
Decreto 176/2002, de 18 de junio, por el que se constituyen y regulan los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA, 10 agosto de 2002.
Defensor del Pueblo Andaluz (2009). Guía de Intervención en Procesos de Jurisdicción Civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos. Defensor del Pueblo Andaluz, Sevilla. Disponible en: http://www.defensor-and.es
Derogatis LR, Savitz KL (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En:

Maruish ME, editor. Handbook of psychological assessment in primary care setting. Mahwah: Lawrence Erlbaum. p. 297-334.
Diges M, Alonso-Quecuty M (1995). El psicólogo forense experimental y la evaluacion de la credibilidad en las declaraciones en los casos de abuso sexual a menores. Revista del Poder Judicial. 35:43-66.
Echeburúa E, Corral P (1998). Manual de la violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.
Echeburúa E, Corral P, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. En: Análisis y modificación de conducta, 23. Valencia: Promolibro. p. 503-526.
Echeburúa E, Corral P, Fernández-Montalvo J (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. Análisis y modificación de conducta, 26. Valencia: Promolibro. p. 325-340.
Echeburúa E, et al. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático. En: Echeburúa E, Corral P (2003). Manual de Violencia Familiar. 3.ª ed. Madrid: Siglo XXI.
Eibl-Eibesfeldt I (1993). Biología del comportamiento humano. Manual de etología humana. Madrid: Alianza Psicología.
Ekman P, O'Sullivan M (1990). Hazards in detecting deceit. En Raskin DC, editor. Psychological methods in criminal investigation and evidence. New York: Springer (traducción española: Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Bilbao: Desclée de Brower; 1994. p. 253-280).
Ey H, Bernard P, Brisset CH (1975). Tratado de Psiquiatría. 7.ª ed. Barcelona: Toray-Masson.
Ferrater Mora (1998). Diccionario de filosofía. Barcelona: Ariel.
Ferreira GB (1995). Hombres violentos: mujeres maltratadas: aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. 2.ª ed. Buenos Aires: Sudamericana.
Franco Fernández MD (2006). Los síndromes debidos al consumo de sustancias psicotropas: psicopatología y adscripción nosográfica. Las pruebas complementarias. En: Normalidad y psicopatología, curso de formación continuada médicos-forenses. Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 18-21 septiembre.
Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (1990). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat.
García Andrade JA (1982). Raíces de la violencia. Un estudio sobre el mundo del delito. Madrid: Offo.
Garrido E, Masip J (2001). La evaluación psicológica en los supuestos de abusos sexuales. En: Jiménez F, editor. Evaluación psicológica forense 1: Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia. Salamanca: Amarú. p. 25-140.
Garrido Genovés V (2001). Amores que matan: acoso y violencia contra las mujeres. Alzira: Algar.
Geen RG (1998). Processes and personal variables in affective aggression. En: Geen RG, Donnerstein E, editores. Human aggression. San Diego: California Academic Press.
Gisbert Calabuig JA (2004). Documentos médico-legales. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA (2004 b). Medicina legal. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA (2004 c). La peritación médico-legal. Introducción jurídica. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA (2004 e). Imputabilidad. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA (2004 f). Lesiones mortales. Tipología criminal. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, De Ángel Yagëz R (2004). Personalidad y capacidad de obrar. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, Sánchez Blanque A (2004). Trastornos de la personalidad. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, Sánchez Blanque A (2004 b). Trastornos afectivos. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, Sánchez Blanque A (2004 c). Oligofrenias. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, Sánchez Blanque A (2004 d). Trastornos mentales orgánicos. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Gisbert Calabuig JA, Sánchez Blanque A, Castellano Arroyo M (2004). Psicosis endógenas. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Godoy Cervera V, Higueras L (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. Papeles del Psicólogo, diciembre, n.º 92. Madrid: Consejo General de Colegios de Psicólogos de España.
Goldberg DP, Hillier VF (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9:139-145.
González de Rivera, et al. (2002). Cuestionario de 90 síntomas. Derogatis LR. SCL-90-R. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
Grisso T (1986). Evaluating competencies. Forensic assessments and instruments. New York: Plenum Press. p. 268-303.
Grisso T (2003). Evaluating competencies: forensic assessments and instruments. En: perspectives in law and psychology, Vol 16. New York: Springer.
Guija Villa JA (2005). Manifestaciones psíquicas de la violencia de género. En: Desarrollo y funcionamiento de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía. Plan de Formación continuada de Médicos Forenses 2005, Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 4-6 de julio.
Guirao M, Guirao-Piñeyro M, Morales-Hevia MM (1997). Anatomía de la consciencia. Neuropsicoanatomía. Barcelona: Masson.
Gutiérrez Carbonel M (1993). Tratamiento procesal de la pericia médica en el procedimiento penal. Diligencias de instrucción y pruebas: preconstituidas, anticipadas y plenarias. Cuadernos de Derecho Judicial, Consejo General del Poder Judicial, Madrid; p. 9.
Hirsch Goldschmidt TR (2002). Globalización y no violencia. Manifiesto en Lima, mayo 2002. Disponible en: http://www.libreriahumanista.com/Secciones/Kiosko/Fondo/Lima.htm
Holtzworth-Munroe A, Stuart GL (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. Psychological Bulletin, 116:476-497.
Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) (2003). Procedimiento de coordinación para la atención a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales, Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, Tecnographic.
Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Departamento de Sevilla (2005). Informe sobre la utilidad judicial de los análisis de drogas de abuso en cabellos. Informe de interés general difundido por Dirección del Departamento de Sevilla del INT y CF a Decanatos, Audiencias Provinciales, Fiscalías e Institutos de Medicina Legal de Andalucía y Extremadura, 1 de julio 2005, Sevilla.
Jaspers K (1977). Escritos psicopatológicos. Madrid: Editorial Gredos.
Jefatura de Estado (2008). Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE n.º 96 de 21-4-2008.
Jefatura de Estado (2008 b). Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE n.º 97 de 22-4-2008.
Jiménez F (2001). Evaluación psicológica forense. Salamanca: Amarú Ediciones.
Kaplan HI, Sadock BJ (1991). Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Hispanoamericana.
Kassin SM, Wrightsman LS (1988). The American Jury on Trial: Psychological

Perspectives. London: Hemisphere Publishing.
Köhnken G (1989). Behavioral correlates of statement credibility. En: Wegener H, Lösel F, Haisch J, editores. Criminal behavior and the Justice system. London: Springer-Verlag.
Kraepelin E (1913). Psychiatrie. 8.ª ed. Leipzig: Barth.
Kraft-Ebing (1912). Medicina legal. Madrid: España Moderna.
La Ley, 1998, 4837. Disponible en: http://www.laley.net
La Ley, 2000, 2466. Disponible en: http://www.laley.net
Lachica López E (1997). El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos. Cuadernos de Medicina Forense. Sevilla: Asociación Andaluza de Médicos Forenses. n.º 9. p. 47-60.
Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW (1994). Factors influencing the reliability and validity of statements made by young victims of sexual maltreatment. Journal of Applied Developmental Psychology, 15(2):225-280.
Ley 39/1970, de 22 de diciembre, sobre Reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios. BOE n.º 313, de 31-12-1970.
Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. BOE n.º 167 de 17-7-1998.
Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Comunidad Autónoma de Andalucía, Presidencia. BOE n.º 233 de 29-9-1999. BOJA n.º 87, de 29-7-1999.
Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE n.º 183 de 1-8-2003.
Ley de Enjuiciamiento Criminal. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Ley Orgánica 2/1989, de 13 de abril, Procesal Militar. BOE n.º 92 de 18-4-1989.
Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: http://noticias.juridicas.com
Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE n.º 313 de 29-12-2004.
Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine, 16:135-140.
López Cuadrado G, Zaldivar Basurto F (2002). Diferencias en criterios de contenido en declaraciones verdaderas y falsas: el papel de la preparación, la parte de la historia considerada y la modalidad de presentación de los hechos. Anuario de Psicología Jurídica, 12:87-114.
López Gómez L (1949). Testamentifacción. Cuaderno n.º 17. Publicaciones de la Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación. Valencia.
Lorente Acosta M (2004). El rompecabezas: Anatomía del maltratador. Barcelona: Ares y Mares.
Lorente Acosta M (2005). Las unidades de valoración integral de violencia de género. En: Desarrollo y funcionamiento de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía, Formación continuada médicos forenses. Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. 4-6 de julio, Sevilla.
Lorente Acosta M, Lorente Acosta JA (1998). Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso. Granada: Comares.
Lorente Acosta M, Lorente Acosta JA, Lorente Acosta MJ, Martínez Vidal ME, Villanueva Cañadas E (2002). Síndrome de la agresión a la mujer. Forénsica, I(2):19-29.
Lorenz K (1971). La agresión. El pretendido mal. México DF: Siglo XXI.
Luna Maldonado A, Osuna Carrillo De Albornoz E (2004). Drogas de abuso. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Marcó Ribé J, Martí Tusquets JL, Pons Bartrán R (1990). Psiquiatría Forense. Barcelona: Salvat.
Martín Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F (2007). The Spanish Journal of Psychology, 10(2):458-467. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense.
Mayor J, Pinillos JL (1989). Tratado de psicología general. Volumen 8,

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Motivación y emoción. Madrid: Alhambra.
Millon T, David RH, Million C (2007). MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Madrid: Tea Ediciones.
Ministerio de Justicia (2005). Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Boletín Informativo, año LIX, suplemento al n.º 2000, de 1 de noviembre. Madrid: Ministerio de Justicia.
Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Programa de formación de la especialidad de Medicina Legal y Forense elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/Medicina_Legal_y_Forense.pdf
Mira y López E (1961). Manual de psicología jurídica. Buenos Aires: El Ateneo.
Moreno Días MJ (2006). Los trastornos de personalidad: categorías diagnósticas, evolución y pronóstico. En: Normalidad y psicopatología, curso de formación continuada de médicos forenses. Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 18-21 septiembre.
Musitu G, Román JM, Gracia E (1988). Familia y educación: prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona: Labor.
Naciones Unidas (2009). Discapacidad y Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/spanish/disabilities/
Navarro Góngora J, Navarro Abad E, Vaquero Delgado E, Carrascosa Miguel AM (2004). Manual de peritaje sobre malos tratos psicológicos. Junta de Castilla y León.
Núñez Bolaños M (2009). El procedimiento judicial sobre capacidad e internamiento. En: La capacidad civil en la psiquiatría forense. El internamiento involuntario. Plan de Formación continuada de médicos forenses 2009, Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 9-12 de noviembre.
Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia, BOE n.º 122, de 19 de mayo de 2010.
Orden JUS/479/2008, de 20 de febrero, por la que se establece el Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla, BOE de 28 de febrero de 2008.
Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, BOE n.º 146 de 17 de junio de 2009.
Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, BOE 224 de 16 de septiembre de 2008.
Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Disponible en: http://www.who.int
Organización Mundial de la Salud (2007). Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 2007, capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento. Disponible en: http://apps.who.int
Ortega Monasterio L (1993). La fenomenología como método clínico. En: Lecciones sobre psicología médica. Barcelona: PPU.
Otero A (1993). Trastornos de la personalidad. En: Vallejo J, coordinador. Psiquiatría. Esquemas de diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Jims.
Paz Rodríguez JI (2005). Características de la violencia de género: atención a las mujeres víctimas de violencia de género. En: Desarrollo y funcionamiento de las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en los Institutos de Medicina Legal de Andalucía. Plan de Formación continuada de médicos forenses. Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 4-6 de julio.
Pinatel J (1979). La sociedad criminógena. Rodríguez Ramos L, traductor. Madrid: Aguilar.
Pinillos JL (1994). Principios de psicología. Madrid: Alianza.
Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española. 22.ª ed. Disponible en: http://www.rae.es/
Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero. Reglamento Orgánico del Cuerpo

Nacional de Médicos Forenses. BOE 1 de marzo de 2006.
Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo. Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. BOE 9 de marzo de 2006.
Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. BOE n.º 306 de 23-12-2003. Disponible en: http://www.dgt.es
Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. BOE n.º 163 14-3-1990, corrección de errores BOE n.º 185 de 14-8-1990. Disponible en: http://www.dgt.es
Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de procedimiento laboral. BOE n.º 86 de 11-4-1995.
Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE n.º 267 de 5-11-2004.
Resolución de 23 de octubre de 2000, de la Universidad de Granada, por la que se ordena la publicación de la adecuación del plan de estudios de licenciado en Psicología, que se imparte en la Facultad de Psicología, BOE n.º 275 de 16 de noviembre de 2000.
Rodgers D (2004). Haciendo del peligro una vocación: la antropología, la violencia y los dilemas de la observación participante. Programa de Estados en Crisis, Development Studies Institute, London School of Economics & Political Science. Revista Española de Investigación Criminológica. Mejía MV, traductor; marzo.
Rosenberg M (1965). Society and the adolescent self image. Society of the adolescent self-image; 11(2).
Rosenberg M (1985). Society and the adolescent self-image (Revised edition). Middletown: Wesleyan University Press.
Rosse RB, Giese AA, Deutsch SI, Morihisa JM (1992). Pruebas de laboratorio para el diagnóstico en psiquiatría. Barcelona: Grass Ediciones. p. 151.
Ruiz Maya M (1931). Psiquiatría penal y civil. Madrid: Plus Ultra.
Sáez Rodríguez J (2001). Abordaje multidisciplinar en el maltrato a la mujer. Cuadernos de Medicina Forense. n.º 26. Octubre. p. 11-20. Sevilla: Asociación Andaluza de Médicos Forenses.
Sanmartín J (2002). La mente de los violentos. Barcelona: Ariel.
Sanmartín J (2004). Agresividad y violencia. En: Sanmartín J, coordinador. El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos. Barcelona: Ariel. p. 21-46.
Sanmartín J (2004 b). La violencia y sus claves. Barcelona: Ariel.
Sanmartín Roche A (2006). Trastornos del control de los impulsos. En: Normalidad y Psicopatología, Formación continuada de médicos forenses. Instituto Andaluz de Administración Pública, Consejería de Justicia y Administración Pública. Sevilla, 18-21 septiembre.
Schneider K (1962). Las personalidades psicopáticas. Madrid: Paz Montalvo.
Servicio de Asistencia a Víctimas de Andalucía (2002). Consejería de Justicia y Administración Pública, Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/justiciayadministracionpublica/ciudadania/sava/sava.php
Sillamy N (1996). Diccionario de psicología. Barcelona: Larousse Planeta.
Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press (traducido al español por N. Seisdedos. Publicado por TEA Ediciones; 1982).
Steller M (1989). Recent developments in statement analysis. En: Yuille JC, editor. Credibility assessment. Dordrecht: Kluwer. p. 135-154.
Steller M, Köhnken G (1989). Statement analysis: credibility assessment of children's testimonies in sexual abuse cases. En: Raskin DC editor. Psychological methods in criminal investigation and evidence. New York: Springer. p. 217-245.
Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (1989). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Áncora.
Tribunal Constitucional (2004). Sala segunda. Sentencia 68/2004. Recurso de amparo. «Delito contra la seguridad del tráfico». BOE n.º 120, suplemento, 14 de mayo.
Tribunal Constitucional (2006). Sala segunda. Sentencia 319/2006. Recurso de amparo. «Delito contra la seguridad del

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

tráfico». BOE n.º 298, suplemento, 14 de diciembre.
Tribunal Supremo (1993). Sentencia 51/1993, de 20 de enero. Sala de lo penal. «Alzamiento de bienes». Tribunal Supremo. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/jurisprudencia
Tribunal Supremo (2005). Sentencia 1159/2005, de 10 de octubre. Sala de lo penal. «Delito de malos tratos». Tribunal Supremo. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/jurisprudencia/
Villanueva Cañadas E (1995). Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico. Folia Neuropsiquiátrica, 30.2.
Villanueva Cañadas E (2004). Estudio toxicológico y médico-legal del alcohol etílico. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Villanueva Cañadas E, Valenzuela Garach A (2004). La prognosis criminal. En: Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E, editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson.
Villarejo Ramos A (2005). Propuestas para baremo de las secuelas psíquicas derivadas de accidente de circulación. Cuadernos de Medicina Forense, n.º 41. Sevilla: Asociación Andaluza de Médicos Forenses.
Walker L (1979). The battered women. New York: Harper & Row Publishers.
Wyrsch J (1958). Psicopatías. En: Reichardt M, editor. Psiquiatra general y especial. Madrid: Gredos.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Abstinencia
  cocaína, 456
  con delirium, 456
  hachís, 456
Abuso, 438
Acciones impulsivas, 472
Acetaldehído, 443
Ácido acético, 443
Actitud, 218
  defensiva, 208
  general, 294
  negativismo, 218
  rechazo, 218
  reticencia, 218
Activación, 309
Acto impulsivo, 477
Adicción, 19, 109, 200
Adicto, 459
  capacidad laboral, 459
  incapacitación, 459
Administración de Justicia, 22
AF5, 123
Afasias, 336
Afectividad, 169, 221, 428
Afecto, 170
Agente agresor, 384
Agnosia(s), 164, 336
  gustativas y olfativas, 164
  táctil, 164
  topográfica, 145
  verbal, 164
  visual, 164
Agorafobia, 482
Agresión, 242, 250, 260
  colérica, 243
  física, 250, 260
  homicidio, 250
  instrumental, 243
  psíquica, 260
  sexual, 269
  verbal, 250
Agresividad, 242, 350
  entre especies, 242
  intraespecífica, 242
Aislamiento, 162, 257, 258
Alcohol, 15
  deshidrogenasa, 442
  etílico, 441
    absorción, 441
    cálculo retrospectivo, 452
    curva de alcoholemia, 443
    distribución, 442
    eliminación, 443
    metabolización, 442
  interferencia de absorción, 453
  interferencia metabólica, 453
  modificación de efectos, 453
Alcoholemia, 72, 442
  positiva, 15
  retrospectiva, 452
Alcoholímetros, 443
Alcoholismo, 198
Alcoholuria, 443
Aldehidodeshidrogenasa, 443
Alfonso X, 91
Alimentación, 293
Alteraciones
  cognitivas, 457
  conductuales, 457
  de las emociones, 487
  fisiológicas, 457
  psíquicas, 195
Alucinación, 102, 165, 166
  auditivas, 166
  cenestésicas, 166
  extracampinas, 166
  olfativas y gustativas, 166
  táctiles, 166
  visuales, 166
Alucinosis, 165
Alzheimer, demencia en la enfermedad, de, 467
Amenazas, 252
Amnesia, 143
  afectiva, 143
  axial, 143
  cortical, 143
  de evocación, 143
  histérica, 143
  mixta, 143
  orgánica, 143
  psicógena, 143
Analgésicos, 164
Análisis
  científico, 14
    experimentación, 14

© 2010. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

Análisis *(cont.)*
observación, 14
de sustancias, 55
médico forense, 56
factorial, 174
Anamnesis, 210, 214
antecedentes, 214
datos sobre detención, 214
filiación, 214
Anestésicos, 163
Anfetaminas, 446
metilanfetamina, 446
Angustia, 171
Ánimo, estado de. V. *Estado de ánimo*.
Anomalía, psíquica, 195
Anosognosia, 133
Ansiedad, 171
estado/rasgo, 127
Antecedentes
de hecho, 212
familiares, 215
ingreso en centros, 215
personales, 215
Antropología, 237, 241
de la violencia, 244
agresores, 244
víctimas, 244
del comportamiento, 237
Anulación, 259, 376
personal, 265
autoculpa, 265
desvaloración, 265
pérdida de autoestima, 265
Apariencia física, 217
Apoyo psicoterapéutico, 306
Arrebato, 203
emoción, 204
Asimbolia, 145, 164
Asistencia
a detenidos, 72
médica, 214
multidisciplinaria, 268
Asociación Americana de Psiquiatría, 94
Asomatognosia, 133
Atención, 135, 218
Atenuante analógica, 205
Atracción, 257
Audiencia
Nacional, 35
Provincial, 35
Autocuidado, 463
Autodesaprobación, 121
Autoestima, 311
Autopsia, 55, 72, 269
judicial, 45
Autoridad, 5, 259
control, 259
judicial, 5
Autoscopia, 134

B

Barcelona, test, 126
Barroco, 92
BDI, 124
Beccaria, marqués de, 93
Benzodiacepinas, 446
de acción corta, 447
de acción intermedia, 447
de acción ultracorta, 447
de larga duración, 447
BETA, 125
Bien jurídico, 351
Biotipo, 217
Borderline, 463

C

Cabal juicio, 347
Cambios de identidad, 134
Cannabis, 445
tetrahidrocannabinol, 445
Capacidad, 90
cognitiva, 305
conocer, 191
contractural, 339
de dominio, 255
de obrar, 191, 327, 330
de organización, 362
jurídica, 330
medidas cautelares, 333
para cumplir una pena, 189
para delinquir, 189
reintegración de la, 333, 339
Carácter, 396
epileptoide, 473
cualidades del, 396
variación anormal del, 396
Carrera delictiva, 365
Catalasas, 443
Causa, 15, 368
de la lesión, 371
origen biológico, 371
origen físico, 371
origen mecánico, 371
origen químico, 371
CBCA, 115
Ceguera, 202, 336
psíquica, 145
Celos, 258, 381
posesivos, 258
sentimentales, 258
Central de Observación, 355
Cerebro reptiliano, 246
Certeza
categórica, 17
grado de, 13
rango de, 16
relativa, 17
total, 17
Certificación, 6

de defunción, 6
de enfermedad, 6
licencias, 6
Ciclo de la violencia, 261, 290
explosión, 261
luna de miel, 261
tensión, 261
CIE-10, 94
Ciencias de la información, 157
Circunstancias
agravantes, 199
atenuantes, 196
Cleptomanía, 476
Coacciones, 253
Cocaína, 445
benzoilecgonina, 445
Cociente intelectual, 464
Código
Civil, 33, 331
de Ética y Deontología, 36
Penal, 24, 33, 189
Coeficiente de reparto, 442
Cognitivo (aspecto), 113
Coherencia lógica, 119
Coma, 133
Competencia, 117
Comportamiento
pretérito, 185
social, 471
víctima, 282
violento, 282
Comunicación no verbal, 116
Concausas, 18, 99, 368
anteriores, 372
posteriores, 372
presentes, 372
Concepto, formación de, en el niño, 149. V. también *Período*.
Conceptualización, 122
Conciencia, 131
campo de, 132
de la percepción, 163
del mundo exterior, 131
del propio yo, 131
dimensión, 131
estrechamiento de campo, 200
grado de, 218
nivel de, 131
orientación, 218
Conclusiones, 14, 210
Conducir, 458
estado de embriaguez, 458
Conducta(s), 305
anormales, 99
carcelaria, 208
instintiva, 221
motriz, 181
trastornos
de expresión oral o fónica, 181
balbuceo, 182
ecolalia, 181
verbigeración, 182
del control de los impulsos o compulsiones, 184
cleptomanía, 184
dipsomanía, 184
piromanía, 184
tricotilomanía, 184
rituales obsesivos, 183
sonambulismo, 183
verbal, 116
violenta, 245
adaptable, 253
comportamiento humano, 245
diseñada, 245
inteligente, 245
Conductistas, 135, 148
Conductual (aspecto), 113
Confianza, 284
Conflictividad, 288
Conflictos interpersonales, 98
Confusión mental, 133
Conocimiento(s)
artísticos, 43
científicos, 43
de carácter médico, 44
de nosotros, 132
del mundo, 132
Consciencia, 246
Consentimiento, 307
Constructo de Grisso, 339
Consulta, 7
Consumo, 108
habitual, 438
perjudicial, 434, 449
Contencioso-administrativo
procedimiento, 49
coste, 49
de oficio, 49
pruebas periciales, 49
Contradicción de la prueba, 69
Control de los impulsos, 407
déficit de, 407
Control, 257, 381
Coordinador, 276
Corporaciones, 9
colegios de médicos, 9
Instituto Nacional de Toxicología, 9
reales academias, 9
Corpus Iuris Civilis, 91
Correcciones espontáneas, 121
Correlación, 174
temporal, 383
Credibilidad, 117
del testimonio, en agresión sexual infantil, 118
Criminal nato, 93
Criminalidad, 430

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Criminalística, 23
Criptomnesia, 145
Criterio, 374
continuidad sintomática, 374
cronológico, 190, 335, 374
cualitativo, 190, 335
cuantitativo, 190, 336, 374
de causalidad, 374
etiológico, 374
exclusión, 374
topográfico, 374
Cuerpo(s), 208
de Ayudantes de Laboratorio, 51
de Facultativos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 51
de Médicos Forenses, 51
de Técnicos Especialistas, 51
especiales, 51, 76
generales, 76
Nacional de Médicos Forenses, 92
Cuestionario
de Derogatis, 310
de Goldberg, 310
de personalidad, niños, 126
Cuidado personal, 217
Curatela, 340
Curva de alcoholemia, 444

D

Daño, 374
corporal, 29, 367
físico, 282
lesión sufrida, 29
psíquico, 261, 282, 375, 378
protocolo para valoración del, 388
valoración, 367
relación causal, 29
tratamiento, 29
Datos
fiables, 16
particulares, 16
Deberes, 331
Declaración, 6, 10, 65
comparecencia, 10
fórmula final, 7
preámbulo, 7
Declaraciones, 213, 286, 304
absurdas, 213
ante la autoridad judicial, 213
ante las fuerzas actuantes, 213
con contenidos alucinatorios, 213
de los testigos, 214
delirantes, 213
Defecto
esquizofrénico, 417
seudopsicopático, 417, 422
Defensor judicial, 340
Deficiencias
físicas, 336
psíquicas, 334
Déficits, 474
volitivo, 472
Déjà entendu, 145
Déjà pensé, 145
Déjà vu, 145
Delincuente, 349
Delirio, 102
de celos o celotipia, 154, 418
de control, 154
de culpa, 154
de grandeza, 154
de grandiosidad, 419
de influencia, 153
de perjuicio, 154
de persecución, 154, 418
de relación, 153
de significación, 153
erotomaníaco, 154, 418
hipocondríaco, 418
primario, 153
reivindicativo, 418
secundario, 153
somático, 154
Delirium, 134, 469
Delitos, 93
contra el medio ambiente, 478
contra la propiedad, 478
contra la seguridad, 478
contra las personas, 478
de sangre, 261
por omisión, 429
Demandado, 332
Demencia, 178, 179
de Alzheimer, 177
en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, 179, 468
en la enfermedad de Huntington, 179, 468
en la enfermedad de Parkinson, 179, 468
en la enfermedad de Pick, 179, 468
en la infección por el VIH, 179, 468
vascular, 177
Denuncias, 288
Departamento de la Mujer, 270
Dependencia, 109, 199, 201, 299, 403, 438
emocional, 259, 295
sentimental, 295
Depresión, 428
Derecho, 21, 22
Canónico, 89
Civil, 76, 89
Contencioso, 89
Médico, 23, 72
Penal, 76, 89
Romano, 91
Social, 89
Derechos, 331, 352
de intimidad, 352

presunción de inocencia, 352
Desalmados, 400
Descargas explosivas, 480
Desigualdad, 249, 267, 283
Despersonalización, 134, 167
-desrealización, 486
Desplazamiento, 134
Desrealización, 134, 167
Desvalorización, 257
Detalles
inusuales, 120
malinterpretados, 120
superfluos, 120
Detenido, 212
Deterioro de la capacidad de obrar, 115
Diagnóstico, 210, 222, 225
bioquímico, 437
clínico, 437
cualitativo, 437
de sospecha, 222, 447
diferencial, 222
Días
de curación, 386
de incapacidad, 386
Dictamen, 78
de academias, 47
de instituciones científicas, 47
de instituciones culturales, 47
pericial, 46
peritos, 47
Diplopía, 448
Discriminación, 268
Disemnesia, 144
Disfunción cerebral, 467
primaria, 467
secundaria, 467
Distraibilidad, 137
Documentación, 71
Documentos, 3
informes, 3
médico-legales, 3, 5
Dosis, 108
Drogadicción, 216
Drogas, 19, 438
blandas, 439
determinación en pelo, 452
duras, 439
DSM-IV-TR, 94

E

EAE, 123
Ecmnesia, 145
Edad, 217
del procesado, 56
médico forense, 56
Registro Civil, 56
Efecto Antabus, 453
Egocentrismo, 403
Ejercicio, 37
médico, 37
profesional, 37
Electroencefalograma, 473
actividad theta, 473
alteraciones, 473
Embotamiento, 484
Embriaguez, 16, 198, 455
fortuita, 198
patológica, 198, 453
voluntaria, 198
Emociones, 171, 428
alteración de, 487
ambivalencia afectiva, 172
ansiedad-angustia, 171
disociación afectiva, 172
incontinencia emocional, 172
indiferencia afectiva, 172
irradiación afectiva, 172
labilidad afectiva, 172
Emotividad, 403
EMUME, 269
Enagramas, 139
Enajenación, 196
mental, 347
Enfermedad(es)
estado actual, 216
físicas, 216
mental, 91
psíquicas, 216
Engranaje contextual, 119
Enjuiciamiento
civil, academias, 78
designación de oficio, 78
designación del perito, 77
designación judicial del perito, 64
informe pericial, 64
instituciones científicas, 78
instituciones culturales, 78
peritos, 78
personas jurídicas, 78
prueba pericial, 77
prueba pericial de oficio, 64
titulares, 78
criminal
carácter oficial, 64
informe pericial, 63
prueba pericial privada, 64
Entidad nosológica, 97
Entrevista
abierta, 107
cerrada, 107
clínica, 113
con familiares o amigos, 285
con imputado, 285
semiabierta/semiestructurada, 285
semiestructurada, 307
Equilibrio de difusión, 444
Equipo psicosocial, 275
Error pericial, 14

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Escala(s)
centil, 174
cronológica, 174
de ansiedad, niños, 127
de autoestima de Rosenberg, 309
de evaluación de estresores ambientales, 382
de gravedad de síntomas, 124
de inadaptación, 310
de irritabilidad, 382
de trastorno de estrés postraumático, 309
de valoración de TEP, 382
típica, 174
Escalada de violencia, 290
Espaciotemporal, realidad, 119
ESPQ, 126
Esquizofrenia, 412, 413
catatónica, 416
hebefrénica, 416
indiferenciada, 416
paranoide, 416
residual, 416
simple, 416
Estado, 35
anímico, 204
anterior, 372
crepuscular, 134
de ánimo, 169, 171, 427, 428
depresión, 427
euforia, 427
de intoxicación, 198
bebidas alcohólicas, 198
estupefacientes, 198
sustancias psicotrópicas, 198
emocional, 169, 170l, 203
emociones, 170
pasiones, 170
sentimientos, 170
pasional, 203
psicológico, 306
psíquico, 192
Estimulantes, 436
Estrategia(s), 122
de convergencia, 150
Estudio
futuro, 335
retrospectivo, 335
Estupor, 133
Etilómetros, 450
Evaluación, 382
cognoscitiva, 382
de imputados, 114
de la personalidad, 382
de síntomas, 382
de víctimas, 114
de víctimas de lesiones, 114
maltrato, 114
psicológica, 112
testimonio, 115
Evitación, 299, 309
Evolución
ambiental, 253
biológica, 246, 253
variantes ambientales, 246
Excentricidad, 399
Eximente
completa, 192
incompleta, 193
Exógeno (origen), 197
Expectativas de cambio, 291
Experiencias, 122
Exploración, 106
actitud, 106
ambiente, 106
de conducta, 224
de personalidad, 224
observación, 106
psiquiátrica, 227
tiempo, 106
Expresión corporal, 221
Expresividad emocional, 399
Expulsión del territorio, 358
Extremidad fantasma, 133

F

Fabulación, 469
Factores
ambientales, 364, 382
coadyuvantes, 263
alcoholismo, 263
culturales, 264
drogas, 263
económicos, 264
educacionales, 264
religiosos, 264
socioeconómicos, 264
trastornos de personalidad, 263
exógenos
ambientales, 363
sociales, 363
Facultades
intelectivas, 18, 87, 102, 187
volitivas, 18, 87, 102, 187
Falso arrepentimiento, 262
Falso testimonio, 75
Falta deontológica, 37
Fase
de coma, 449
de euforia, 449
de inhibición, 449
de instrucción, 44
de juicio oral, 44
narcótica, 449
plenaria, 44
Fedele, Fortunato, 92
Fenciclidina, «polvo de ángel», 446
Fenomenología, 135
Fijación, 140

Fisiológico (aspecto), 113
Flashbacks, 484
Fobias
específicas, 482
sociales, 482
Formación, 284
de conceptos en el adulto
clases de equivalencia, 150
clases de identidad, 150
de conceptos en el niño, 149. V. también *Período*.
Formas de ser, 408
Fórmula final, 208
Frenología, 141
Freud, Sigmund, 100
Frustración, 403
Fuero Juzgo, 93
Fuga, 423
Funciones psíquicas, 296

G
Gestalts, 162
Gobierno, 329
bienes, 329
persona, 329

H
Habilidades
económico-jurídico-administrativas, 338
sobre la salud, 338
vida independiente, 338
Hiperactividad vegetativa, 485
Hipermnesia, 144
Hipermnesia, *idiots savants*, 144
Hiperprosexia, 137
Hipervigilancia, 133, 377, 485
Hipomnesia, 144
Hipoprosexia, 136
Hipótesis, 16
Histeria de conversión, 485
Historia psiquiátrica forense, 227
Hostilidad, 242, 350

I
I6PF, 124
Idea, 147
Igualdad, 255, 267
Ilusiones, 165
afectivas, 165
por inatención, 165
Ilustración, 92
Impacto emocional, 378
Impulso(s), 408, 475
alteración del control, 408
irresistible, 477
trastornos del control, 408
Imputabilidad, 85, 90, 187
Imputado, 212
Incapacidad, 337
de gobierno de persona y bienes transitoria, 431
declaración de los parientes, 337
dictamen, 337
examen, 337
laboral, 431
Incapacitación, 332
Incapaz, 332
Incidente, 307
más grave, 307
primer, 307
típico, 307
Inconsciente, 131
Indefensión, 74
Independencia, 291, 304
comunicaciones, 292
económica, 292
horarios, 292
laboral, 292
relaciones, 292
Inflexibilidad, 406
Informe(s), 5, 7, 41
a instancia de parte, 67
autopsia, 66
capacidad, 12
clínico, 7
de imputabilidad, 207
de sanidad, 74, 75
detenidos, 12
escritos, 81
imputabilidad, 12
internamiento, 12
médico-forense, 5, 41, 65, 81, 210
contenido, 69
fórmula final, 70
preámbulo, 69
médico-legal, 5, 70
contenido, 70
fórmula final, 70
preámbulo, 70
médico-pericial, 210
pericial, 7, 10, 46
conclusiones, 46
descripción, 46
médico, 65, 70
contenido, 70
médico-privado, 41, 65
objeto, 46
operaciones practicadas, 46
psiquiátrico, 90
psicológico, 310
psiquiátrico, 66
psiquiátrico forense, 105
conclusiones, 105
consideraciones, 105
datos, 105
sobre hechos, 81
social, 275
trabajadores sociales, 275

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Informe(s) *(cont.)*
valoración de lesiones, 12
violencia de género, 12
vitalidad de las lesiones, 66
Ingresos psiquiátricos, 72
Inhabilitación, 358
Inimputabilidad, 189
parcial, 190
total, 190
Instinto
de lucha, 256
de supervivencia, 256
Instituto(s), 10
Andaluz de la Mujer, 270
de Medicina Legal, 10, 24, 74, 281
funcionamiento, 52
organización, 52
sede, 52
Clínica Médico-Forense, 59
naturaleza y funciones, 59
personal, 60
provinciales, 59
regionales, 59
secciones, 59
Servicios de Laboratorio, 60
Servicios de Patología, 59
Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 24
Integral
asistencia, 268
valoración, 268
Inteligencia, 173, 222, 461
cristalizada, 173
fluida, 173
trastornos de la, 175
Intencionalidad, 199
Intensidad del trauma, 383
Internamiento, 327, 342
autorización judicial, 342
circunstancias sociofamiliares, 465
dictamen, 342
facultativo, 342
involuntario, 327, 341
ordinario, 343
urgente, 343
menores, 342
Ministerio Fiscal, 342
tratamiento
educacional, 357
médico, 357
Intervención, 354
evaluadora, 354
terapéutica, 354
Intoxicación aguda, 434, 450
Intrusismo, 24, 28
delito de, 26
intraprofesional, 24
médico intraprofesional, 28
profesional, 26, 35
Inventario
ansiedad estado-rasgo, 309
de Beck, 309
de Millon, 310
Investigación, 13

J

Jamais vu, 145
Juicio, 222, 331
oral, 45, 67, 313
Juramento
perito, 75
testigo, 75
Jurisprudencia, 68
Justicia, 22, 36, 89
Justiniano, 91
Juzgado, 212
de guardia, 212
de lo Penal, 35

L

Laboral
procedimiento, 48
dictamen, 48
médico forense, 48
prueba pericial, 48
Lenguaje, 157
comprensión del, 158
elaboración del, 158
función autoexpresiva del, 157
función comunicativa del, 157
trastornos del, 158
afasia, 159
auditiva (agnosia), 159
de Broca, 159
de conducción, 159
de Pierre Marie, 159
de Wernicke, 159
disartria, 160
sordomudez, 160
Lesiones, 252, 300
causa de, 371
origen biológico, 371
origen físico, 371
origen mecánico, 371
origen químico, 371
clasificación, 370
concepto, 369
cutaneomucosas, 264
de riesgo vital, 370
esqueléticas, 264
etiología, 369
mortal de necesidad, 370
orgánica, 379
cerebral, 383
psíquicas, 265
de causa orgánica, 375
propiamente dicha, 376
residual, 384

sin riesgo vital, 370
viscerales, 265
Levantamiento de cadáver, 55, 72, 269
Ley(es)
de Enjuiciamiento Civil, 31, 46, 64, 74, 80, 332
admisibilidad de las preguntas, 80
contenido de la prueba testifical, 80
declaraciones de testigos, 80
interrogatorio acerca de los hechos, 81
testigos, 80
de Enjuiciamiento Criminal, 31, 44, 52, 63
adelantos, 54
asistencia facultativa, 54
asistencia prestada, 54
estado, 54
informe pericial, 54
médico forense, 54
parte, 54
tratamiento, 54
de la causalidad, 100
de Procedimiento Laboral, 48
estructurales, 162
de la organización del campo, 162
de la proximidad, 162
de la semejanza, 162
del todo estructurado, 162
Orgánica del Poder Judicial, 50, 74
Procesal Militar, 49
Libertad, 188, 267
condicional, 358
Libre albedrío, 93
Localizacionismo, 141
LSD, 446
Ludópata, 477
Ludopatía, 476
LURIA, 126

M

Machista, 249, 296
Madurez, 188
Malos tratos, 252
Maltratador, 250
Maltrato, 243, 249
Manía, 429
Máster, 34
Mata, Pedro, 92
MCMI, 124
Medicamentos, 436
Medicina, 3
asistencial, 8
de la Educación Física y del Deporte, 21
del Trabajo, 21
epidemiología, 22
Espacial, 21
especialidad, 21, 27
Estomatología, 21
forense, 21
general, 27
Hidrología, 21
judicial, 21
legal y forense, 3, 9, 21, 22, 44
del recién nacido, 23
psiquiátrica, 23
sexológica, 23
tanatológica, 23
toxicológica, 23
pericial, 22
Médico, 3, 11
asistencial, 28, 37
especialista, 27
forense, 22, 57
actividad profesional, 50
ámbito civil, 61, 82
colaboración, 52
condición de autoridad, 58
condición de funcionario, 50
control periódico de los lesionados, 58
derechos, deberes e incompatibilidades, 50
destino, 52
dictamen sobre la causa de la muerte, 58
dictámenes, 52
funciones, 51, 57, 77
incompatibilidades, 77
Instituto de Toxicología, 58
Institutos de Medicina Legal, 58
investigación, 52, 58
LECRIM, 52
naturaleza y dependencia orgánica, 57
nombramiento, 62
oferta de empleo, 50
patología forense, 58
peritación de oficio, 62
perito, 76, 82
provisión de puestos, 50
régimen estatutario, 57
régimen retributivo, 50
Reglamentos, 50
responsabilidad disciplinaria, 50
situaciones administrativas, 50
testigo, 79, 82
testigo-perito, 82, 83
valoración de los daños, 58
generalista, 27
legislación, 3
perito, 11, 28, 37
testigo, 11
Médicos Forenses, Cuerpo Nacional de, 36
Medidas
de protección, 308
de seguridad, 349, 353
no privativas de libertad, 356
privativas de libertad, 356
quebrantamiento de, 357
Medios, 71
Memoria, 139, 219
a corto plazo, 140

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Memoria *(cont.)*
a largo plazo, 140
de evocación, 140
de fijación, 140
de reproducción, 140
inmediata, 219
instantánea, 140
reciente, 219
remota, 219
trastornos de la, 142
Método, 13
analógico, 16
clínico-biológico, 224
deductivo, 15
físico-radiológico, 224
inductivo, 14
Miedo
de situación, 404
insuperable, 203
social, 404
Ministerio fiscal, 73
Minoría de edad, 201
MMPI, 124
MMSE, 125
Mobbing, 262*t*
Modelo
categoriano, 101
cognitivo, 101
conductista, 101
existencial, 101
fenomenológico, 101
psicoanalítico, 100
sociogenético, 101
Moral insanity, 400
Motivación, 121, 471, 475
teoría de la, 162
Muertes violentas, 269
Multidisciplinario (estudio), 364
Multifactorial (estudio), 298

N

Negación, 262
Neurastenia, 483
Neurología, 95
Neurosis, 481
del carácter, 401
Nistagmo, 448
Normalización, 291, 299

O

Obcecación, 203
pasiones, 204
sentimientos, 204
Objetividad, 13
Objeto de la pericia, 71
Obnubilación, 133
Observación, 284
conductual, 114
Oficio, 6
Oligofrenia, 461
Oligognosia, 176
Oligopraxia, 176
Oligotimia, 176
Opio, 444
heroína, 444
monoacetilmorfina, 445
morfina, 445
Organización Mundial de la Salud, 94, 177
CIE-10, 177
Orientación, 132
alopsíquica, 132
autopsíquica, 132

P

Paramnesia, 144
Paraprosexia, 137
Parte(s), 6
de información pública, 6
de lesiones, 6, 269
de notificación de enfermedades, 6
laborales, 6
médico-forenses, 6
Patología forense, 23
Peligrosidad, 90, 350, 352, 365
causa, 365
civil, 352
criminal, 349, 351
informe, 361
supuestos, 360
posdelictual, 356
potencial, 351
pronóstico, 365
tratamiento, 365
Pena, 195
medidas alternativas, 195
multa, 25
subtipo agravado, 25
Pensamiento, 147, 220
asonante, 152
bloqueo del, 152
circunstancial, 152
concepto, 147
contenido, 220
disgregado, 151
ecolalia, 152
forma, 220
incoherente, 152
intercepción del, 152
parálisis fonemática, 152
perseveración, 152
proceso del, 149
tangencial, 151
trastornos del, 151
bradipsiquia, 151
de la forma o curso, 151
bloqueo del pensamiento, 152
ecolalia, 152
intercepción del pensamiento, 152

parálisis fonemática, 152
pensamiento asonante, 152
pensamiento circunstancial, 152
pensamiento disgregado, 151
pensamiento incoherente, 152
pensamiento tangencial, 151
perseveración, 152
del contenido, 152
alteraciones de la identidad o propiedad del pensamiento, 155
atribución selectiva, 156
fobias, 155
hipocondría, 156
ideación heteroagresiva y autoagresiva, 156
ideas delirantes, 153
ideas deliroides, 154
ideas obsesivas, 155
ideas sobrevaloradas, 155
interferencia arbitraria, 156
magnificación, 152
minimización, 152
neologismos, 156
parálisis semántica, 156
paralogias, 156
pararrespuestas, 156
pensamiento autorreferencial, 156
pensamiento condensado, 156
pensamiento ilógico, 156
pensamiento mágico, 156
pensamiento o lenguaje pomposo, 156
taquipsiquia, 151
obsesivo, 483
Percepción, 161
alteración de la, 202
escisión de la, 167
estímulos, 161
sensaciones, 161
sensopercepción, 161
trastornos de la, 163
ageusia, 163
anestesia, 163
anosmia, 163
ceguera, 163
hiperestesias, 163
hipoestesia, 163
parestesias, 163
sordera, 163
Perfeccionismo, 406
Perfil
de maltratador, 296
de víctima, 296
de violencia, 296
Período
intuitivo, 149
operaciones concretas, 149
operaciones formales, 149
preoperatorio, 149
sensoriomotriz, 149
Peritación, 41
carácter de prueba, 62
de oficio, 62
médica, 61
médicos forenses, 61
oficial, 61
oficialidad de la prueba, 61
privada, 61
médico-legal, 62
Perito, 5, 73
abono de los honorarios, 46
aceptación del cargo, 47
capacidad de las personas, 47
conclusiones, 45
declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad, 47
designación
de oficio, 47
por academias, 47
por colegios profesionales, 47
por el tribunal, 46
por instituciones científicas, 47
por instituciones culturales, 47
por sindicatos, 47
por sorteo, 47
ejercicio como, 34
forense, 5
informe, 45
juramento, 45
médico, 13, 34
medios materiales, 45
no titular, 31, 44
nombramiento, 47
preguntas, 45
procesos matrimoniales, 47
provisión de fondos, 47
recusación, 47
respuestas, 45
tacha, 47
titular, 31, 44
título oficial, 34
Permisos, 359
Perseverancia, 362
Persona, 305, 330
madurez, 330
salud psíquica, 330
Personalidad, 169
alternante, 134
anormal, 395
premórbida, 481
psicopática, 396
conducta antisocial, 397
disarmonía, 396
impulsividad, 396
inadaptabilidad, 397
intolerancia psicofísica, 396
trastornos de la, 395, 397
clasificaciones, 397

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Personalidad *(cont.)*
de inestabilidad emocional, 401
disocial, 400
esquizoide, 399
esquizotípico, 399
histriónico, 403
límite, 401
narcisista, 402
obsesivo-compulsivo, 406
paranoide, 398
pasivo-agresivo, 405
por dependencia, 403
por evitación, 404
Pinel, Philippe, 92
Piromanía, 476
Plena conciencia, 188
Poder Judicial, 50, 76
médicos forenses, 50
Preámbulo, 208
Predisposición, 381
Pregnancia, 163
Primera asistencia facultativa, 385
Procedimiento, 41
civil, 41, 46, 64
contencioso-administrativo, 41, 49
del Enjuiciamiento rápido, 54
laboral, 41, 48
militar, 41
penal, 41, 43, 63, 73
penal militar, 49, 73
Procesado, 45
Procesal Militar, procedimiento, 49
estado de salud mental, 50
honorarios, 50
informe pericial, 49
perito médico, 50
peritos militares, 49
reconocimiento médico, 50
titulados, 49
Proceso
del pensamiento, 149
delirante, 192
multifásico, 299
psicótico, 411
Prodigalidad, 332
Prognosis criminal, 350
Prosopagnosia, 145
Protección
integral, 268
erradicar, 268
prevenir, 268
sancionar, 268
medidas de, 308
Protocolo, 227
de actuación, 277
de valoración, 277
Prueba(s)
bioquímicas, 108
de laboratorio, 72
electrofísicas-radiológicas, 110
endocrinas, 109
hematológicas, 108
inmunológicas, 110
pericial, 33, 62, 82
objetivo, 62
oficialidad, 62
origen, 62
personal, 68
psicodiagnósticas, 307
psicométricas, 114
testifical, 82
toxicológicas, 108
Psicoanálisis, 135, 99
Psicobiografía, 289
Psicolingüística, 148, 157
Psicología, 95, 129, 241
behaviorista, 148
científica, 173
clínica legal y forense, 112
de la Gestalt, 148, 162
de los asociacionistas, 148
experimental, 161
forense, 87
jurídica, 112
moderna, 147, 157
Psicólogo, 273
Psicometría, 148, 173, 224
Psicomotricidad, 181, 221
agitación, 221
flexibilidad cérea, 221
trastornos de la, 182
automatismo, 182
catalepsia, 183
cataplejía, 183
catatonia, 183
convulsiones, 182
ecopraxia, 182
estereotipia, 182
flexibilidad cérea, 183
gesticulación, 182
hipercinesia, 182
inhibición psicomotriz, 183
manierismo, 182
negativismo, 183
obediencia autómata, 183
pérdida inconsciente de control de esfínteres, 183
temblor, 182
tics, 182
Psicopatología, 85, 97, 129
de la conducta motriz, 181
psicología, 97
psiquiatría, 97
Psicosis, 411, 413
agudas, 421
endógenas, 413
exógenas, 413
persistentes, 413

reactiva breve, 421
tóxicas, 420
transitorias, 413, 421
Psiquiatra
clínico, 94
forense, 94
Psiquiatría, 129, 241
clínica, 30
forense, 3, 30, 85, 87, 105
pruebas complementarias, 105
jurídica, 95
Psiquiatrización, 98

Q

Querellante, 45

R

Raciocinio, 222
Rango de prueba, 66
Raza, 217
Razón, 197
Razonamiento científico, 66, 225
Reacción a estrés agudo, 482
Reacciones impulsivas, 479
Receta, 8
Reconocimiento(s), 14
de imputados, 72
mental, médico forense, 57
Recuerdo, 139, 214
Reexperimentación, 309
Régimen cerrado, 359
Reglamento, de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia, 57
Reglamento, de los Institutos de Medicina Legal, 58
Reglamento, Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, 57
Rehabilitación social, 353
Relaciones
causa-efecto, 13, 100, 196, 225, 368, 374
causales, 29
conflictivas, 278, 301
de causalidad psíquica, 187
familiares, 289
sociales, 289
Relato, 118
de los hechos, 213s, 304
de situaciones, 122
Renacimiento, 92
Reproducción, 140
Responsabilidad, 195
atenuación, 195
criminal, 196
exención, 195
Retención ilegal, 341
Retraso mental, 175, 461
grave, 177, 462
leve, 177, 462
moderado, 177, 462
oligognosia, 461
oligopraxia, 461
oligotimia, 461
profundo, 177, 462
Revivir (trauma), 377
Revocabilidad, 346
Riesgo, 283, 300
Rituales compulsivos, 483
Romanticismo, 92

S

SAF, 269
SAVA, 270
SCL-90-R, 124
Secuelas, 266, 368, 387
físicas, 266
de tipo estético, 266
funcionales, 266
orgánicas, 266
psíquicas
daño psicológico, 266
derivadas de daño orgánico, 266
trastornos psíquicos, 266
Seguimiento psicoterapéutico, 275
Seguridad vial, 435
Semiimputabilidad, 193
Semiótica, 158
Sensopercepción, 219
corporalidad, 219
Sentencia, 333
incapacitación, 333
prodigalidad, 333
Sentimientos, 294
autoculpa, 294
autoestima, 295
de culpa, 311
de vergüenza, 311
Servicio
de Clínica Médico-Forense, 23
de Laboratorio Forense, 24
de Patología, 24
de Patología Forense, 23
de Psiquiatría Forense, 24
de Prisiones, 355
Seudoalucinaciones, 166
Sexo, 217
Sexología forense, 72
Siete Partidas, 91
Significación, 202
ética, 202
legal, 202
moral, 202
social, 202
Signos, 158
Símbolos, 158
Simplicidad, 362
Simulación, 378

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito

Simulaciones, 480
Síndrome
anmésico orgánico, 469
confusional, 134
de abstinencia, 18, 198 450
de dependencia, 200, 450
de Down, 100, 217
de Klinefelter, 100, 217
posconmocional, 470
postencefalítico, 470
Sinestesias, 167
Síntomas
negativos, 417
vegetativos, 377
Sintomatología psicótica, 430
Sistema MEOS, 442
Sociología, 99
Sordomudez, 202z, 336
STAI, 123
Suicidios piadosos, 429
Sumario, 43, 44
Superyó, 100
Sustancias
de adicción, 434, 439, 440
alucinógenas, 440
depresoras, 440
estimulantes, 440
estupefacientes, 435
potencialmente de adicción, 439
psicotropas, 434
SVA, 115

T

TAMAI, 126
Tasación, 8
Técnicas complementarias, 14
Teoría de la motivación, 162
Tercer grado, 359
Test(s), 174
Barcelona, 126
de alcoholemia, 15
de inteligencia
adultos
de aptitudes, 175
factor G, 175
Wechsler, 175
niños, 174
Benet-Simon, 174
Wechsler, 175
de la escalera, 295
fiable, 174
homogéneo, 174
proyectivos, 382
sensible, 174
válido, 174
Testamentifacción, 91, 327, 345
Testamento, 348
Testar, 346
incapacitados para, 346
testigos, 346
Testifical, 29
Testigo perito, 82
Testigo, 73
Testigos-peritos, 73
Testimonio, 11, 80, 118
falso, 118
verdadero, 118
Título
académico, 24
de Licenciado en Medicina y Cirugía, 26
de médico especialista, 27
en medicina estética, 27
oficial, 24
Tolerancia, 438
a la frustración, 487
TONI, 125
Totalitismo, 141
Trabajadores sociales, 273
Trastorno(s)
ansioso-depresivo, 482
bipolar, 429
de adaptación, 300, 482
de ansiedad, 299
de ansiedad generalizada,
de conducta, 485
de estrés postraumático, 482
de la afectividad, 415
de la conducta, 176
de la inteligencia, 175
de la percepción. V. *Percepción*.
de la personalidad. V. *Personalidad*.
de la psicomotricidad. V. *Psicomotricidad*.
de los hábitos y de los impulsos, 475
de los impulsos y de la voluntad, 415
de pánico, 482
del comportamiento, 475
del control de los impulsos, 475
del estado de ánimo, 299
del lenguaje. V. *Lenguaje*.
del pensamiento. V. *Pensamiento*.
delirantes persistentes, 302, 412, 417
disociativos, 482, 487
esquizoafectivos, 412, 420
esquizotípicos, 412, 419
explosivo intermitente, 476
mental orgánico, 467
mental, 18, 213
transitorio, 196
neuróticos, 481
obsesivo-compulsivo, 482
orgánicos de la personalidad, 470, 479
paranoide puro, 421
perceptivos, 414
por estrés, 300
psicomotores, 415
psicótico inducido, 422
psicóticos, 424
capacidad de conocer, 425

capacidad de obrar, 425
capacidad para gobernar su persona y bienes, 425
incapacidad laboral, 426
Tratamiento
de la víctima, 300
médico, 385
quirúrgico, 385
Trauma psíquico, 380
TRB, 126
Tribunal Supremo, 34, 68, 102
Tricotilomanía, 476
Tutela, 340

U

Unidad
de valoración forense integral, 271
de Valoración Integral de Violencia de Género, 271
Universidad, 25
título académico, 25
título oficial, 25
UPAP, 269
UVIVG, 274

V

Vagabundeo, 423
Valoración
de resultados, 75
del daño, 71
del riesgo, 279
psicológica, 278
social, 278
Vejaciones, 253
Veracidad, declaraciones, 118
Verdad
pericial, 3l, 13, 67
absoluta, 16
Víctima(s), 315
de engaño, 464
de estafa, 464
de violencia de género, 315
exploración, 315
valoración, 315
Victimización, 268, 314, 376
Vigilancia penitenciaria, 356
Violencia, 239, 350
actitud, 240
ambiental, 288
ambientalismo, 240
biologismo, 240
comportamiento humano, 239
de dominio, 254, 283, 297
de género, 72, 85, 237, 251, 281
asistencia integral, 237
consolidación, 256
denuncia, 251
desarrollo, 256
detección, 251
exploración, 237
identificación, 251
informe médico-forense, 237
instauración, 256
proceso, 256
valoración integral, 281
valoración, 237
directa, 298
doméstica, 251
en la pareja, 278
estratégica, 254, 283, 298
estructural, 254, 283
familiar, 251
física, 287
no simétrica, 254
psicopática, 303
psíquica, 310
teoría interaccionista, 240
verbal, 287
V. también *Ciclo de la violencia; Factores coadyuvantes. Conducta violenta*.
Violento, 252
Vitalidad, 427
Volumen de distribución, 442
Voluntad, firmeza, 331
Voluntariedad, 188, 479, 314
Vulnerabilidad, 484

W

WAIS, 125
Wechsler, niños, 127
Weschsler, adultos, 125

Z

Zacchia, Pablo, 92

booksmedicos.org

© ELSEVIER. Es una publicación MASSON. Fotocopiar sin autorización es un delito