

# LA VÍCTIMA

Jorge Núñez de Arco

## **CASO N° 5.-**

SE TRATA DE UN EX POLICÍA, QUE EN PLENA CALLE ASESINA A SU EX MUJER A PUÑALADAS Y LA DEFENSA APELA ENFERMEDAD MENTAL. ESTE ES EL INFORME A LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE HUELVA, ACERCA DE LA SALUD MENTAL DE:

### **MARTÍN VITUTIA CAMACHO**

#### **I.- PARTE EXPOSITIVA**

Paciente de 41 años, con 2 hijos, internado en el Centro Penitenciario de Sevilla II.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Estudios de BUP sin terminar.

Policía Nacional.

La educación que ha recibido ha sido normal.

En el tiempo que ha estado ingresado, desde abril, en la prisión Sevilla II, en su Historia Clínica se recoge que mantiene tratamiento de su psiquiatra con Valium y Rivotril, hasta el día 20/9/95 en que se sustituye el valium por dorken 25. Para posteriormente pasar a Sedotime de 30 por la noche, junto al rivotril, que es la mediación que toma actualmente.

Las analíticas son normales, hay referido unas negativas a ser explorado por el oftalmólogo, a la vacuna de hepatitis B y a la prevención antituberculosa.

No hay referido ningún cuadro de trastornos depresivos, ni psicóticos, que demanden una medicación añadida. No hay referido ninguna interconsulta al Hospital Psiquiátrico que se encuentra contiguo al Módulo donde está internado el informado.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Sin antecedentes en Psiquiatría.

Madre intervenida de Bocio.

Padre con arterioesclerosis.

## PSICOPATOLOGÍA ACTUAL

En el momento de la exploración se encontraba bien orientado en tiempo y espacio y con buen nivel de conciencia. No se apreciaba inquietud psicomotriz.

No hay trastornos en la forma, ni en el curso, ni en el contenido del pensamiento. No hay patología para pensar en una Psicosis.

No se aprecian síntomas depresivos. No hay trastornos de memoria. No hay trastornos de conducta.

Durante las entrevistas se encuentra vestido en chandal y con una camiseta sin mangas, colaborador, en las conversaciones elude ser preciso utilizando circunloquios, si llama la atención que con frecuencia culpabiliza a la mujer y a la familia de esta de los diversos hechos negativos, acontecidos en los últimos años, tanto que indica que hasta el accidente de coche que sufrió fue consecuencia de que el vehículo perteneciera a su cuñado y que su mujer le había pedido que lo condujera.

## ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

### 1. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Se le ha practicado el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

El hecho de emplear dicho cuestionario es porque es la más prueba clínica frecuentemente utilizada, y de forma comprobada ha sido el más empleado en los Estados Unidos. <sup>(45)</sup>

En la actualidad esta siendo empleado en muchos casos Judiciales, de forma mas sistemática para proveer de información acerca de la personalidad en acusados o litigantes en que los factores de ajuste psicológico son pertinentes para resolución del caso. <sup>(46)</sup>

Es un inventario relativamente fácil de administrar, se responde simplemente con una respuesta ( verdad/falso ) a cada ítem. Pueden entenderlo personas de poca cultura. Resulta fácil de corregir y evitar errores subjetivos. Da una gran confiabilidad en el procesamiento y elaboración de resultados, se puede repetir fácilmente por otros técnicos de parte, por lo que resulta que es una determinación decisiva en casos forenses.

45. Lubin,R.J.; Larzen,R.M.; Matarazzo,J.; (1984) Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *Rev. American Psychologist*, 39, Pag. 451-454.

46. Henneht, S.; Butcher,J.N.; Seelen,J.; THE MMPI, MMPI2 y MMPI-A IN COURT. A practical guide for expert witnesses and attorneys. Ed. American Psychological Association. Washington 1993, Pág 14.

Esta fiabilidad objetiva en la recogida de datos, en su elaboración y obtención de resultados y su comparación estadística, es especialmente importante en aplicaciones forenses. Los perfiles de personalidad y comportamiento resultan fáciles de aplicar en los casos de corte. Y dado su éxito por la fácil interpretación por los jurados ha sido tomado en cuenta a la hora de las sentencias.<sup>(47)</sup>

### **RESULTADOS EN EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI**

Se obtiene en esta escala el siguiente código de Welsh: 1°64380'257-7:22:8

El perfil obtenido es válido y fiable, ya que las escalas de sinceridad (L), validez (K) y fiabilidad (F) indican que nuestro informado ha sido sincero en sus respuestas.

La puntuación más elevada del perfil corresponde a la escala Hs que pone de manifiesto la existencia de un fuerte componente de ansiedad, su concepto de la vida es pesimista y por lo general se encuentra insatisfecho; demanda mucho la atención de los demás y es muy crítico con lo que hacen los otros.

La puntuación en la escala Pa nos indica que se trata de una persona es demasiado susceptible, sensible e impresionable con la opinión de los demás, resentido, hostil y con tendencia a discutir. Siente que la vida es injusta con él y tiende a racionalizar y a culpar a los demás de sus propias dificultades.

Se obtiene además una puntuación significativamente alta en la escala Pd, lo cual nos indica que se trata de un individuo muy impulsivo, que procura la satisfacción inmediata de sus impulsos. Con frecuencia no planea su conducta muy bien y puede actuar sin considerar las consecuencias de sus actos. Es muy impaciente y tiene una tolerancia a la frustración limitada. Sus conductas pueden incluir un juicio escaso y corre riesgos innecesarios. No se beneficia de la experiencia y puede meterse una y otra vez en las mismas dificultades.<sup>(48)</sup>

Por último, dentro de las Escalas Secundarias, las puntuaciones obtenidas nos indican que se trata de un sujeto que en la actualidad está inadaptado psicológicamente y que no está bien preparado para enfrentar los problemas y las tensiones; carece de confianza en

47. Henneth, S.; Butcher, J.N.; Seelen, J.; THE MMPI, MMPI2 y MMPI-A IN COURT. A practical guide for expert witnesses and attorneys. Ed. American Psychological Association. Washington 1993. Pág. 41

48. Id. Pág. 46-47.



## 2.- TEST DE RORSCHAH

Resultados obtenidos por: D. MARTÍN VITUTIA CAMACHO

LOCALIZACIÓN	CONTENIDO
W 65%	H 6%
D 35%	Hd -
Dd -	A 24%
S -	Ad -
	Obj. -
	At. 18%
	Sexo -
	Pl. -
	Nat. 24%
	Mancha 18%
	Geo 1%
DETERMINANTES	POPULARIDAD Y ORIGINALIDAD
F 35%	P 29%
F+ 50%	O 12%
F- 50%	O- -
M 6%	Tot. de resp.: 17
FM 6%	T.R.: 19"
m -	Vivencia: 1M 0C (Extratensivo)
FC -	Apercepción: <u>W</u> -D
CF 12%	Choques: -
C 6%	
FCh 6%	
ChF -	
Ch 29%	

A continuación se exponen los porcentajes del informado y los parámetros considerados como normales en el RORSCHACH, según figura en la pág. 264 de la obra de Portuondo. <sup>(49)</sup>

LOCALIZACIÓN		CONTENIDO	
Informado	Normal	Informado	Normal
W 65% (11Rs)	4 a 7 Rs	H 6% Hd -	15-20%
D 35%	60%	A 24% Ad -	35-50%
Dd -	Dd+S < 8%	Obj. - At. 18%	10%
S -		Sexo - Pl. - Nat. 4% Mancha 18% Geo 12%	0%
DETERMINANTES			
POPULARIDAD Y ORIGINALIDAD			
Informado	Normal	Informado	Normal
F 35%	70-80%	P 29%	25%
F+ 50%	70-80%	O 12%	0-20%
F- 50%		O- -	
M 6% (1 Rs.)	2-4 Rs	Tot. de resp.: 17	15-30
FM 6% m -	M > FM+m	T.R.: 19"	5" a 30"
FC -	1-3	Vivencia: Extratensivo	
CF 12% (2 Rs.)	0-1	Apercepción: <u>W</u> -D	<u>W</u> -D
C 6% (1 Rs)	0	Choques: -	
FCh 6%	Ninguna o muy poca		
ChF -			
Ch -			

49. PORTUONDO, J.A. (1976) El Psicodiagnóstico de RORSCHACH en la Psicología Clínica. Madrid, Biblioteca Nueva. pág. 264-265.

## RESULTADOS DEL TES DE RORSCHACH

Según los resultados obtenidos en el test de Rorschach que se exponen en las tablas anteriores los rasgos patológicos observados son los siguientes:

Se trata de un sujeto con un buen nivel de inteligencia teórica, aunque con escasa inteligencia práctica, estereotipado y con tendencia a la reproductividad (escasa originalidad).

Posee una escasa sintonía afectiva con el entorno y tiene dificultades para establecer vínculos afectivos.

Presenta una gran labilidad afectiva, con gran impulsividad y con dificultades para demorar o postergar los impulsos.

No hay rasgos patológicos que puedan llevar a concluir que padezca una enfermedad mental ni trastorno de personalidad.

### 3.- SIDAM.- ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, DEMENCIA MULTINFARTO Y DEMENCIAS DE OTRA ETIOLOGÍA.

Para llevar a cabo tanto el estudio neuropsicológico como el diagnóstico se han utilizado el Mini Mental State Examination (Folstein et al, 1975)<sup>(50)</sup> y la ya mencionada Entrevista Estructurada para el diagnóstico de la Demencia de tipo Alzheimer, Multifarto y de otra etiología específica según criterios CIE-IO y DSM-III-R (Zudig et al, 1991).<sup>(51)</sup>

### 4.- Mini Mental State Examination:

Instrumento de screening de rápida administración, explora una serie de funciones básicas: orientación temporo-espacial, memoria inmediata, a corto y largo plazo, atención, cálculo, y capacidad viso-espacial. Da una puntuación final sobre 30 puntos, estableciéndose el punto de corte para la patología cognitiva en 24 ,por debajo de la cual se entiende que hay un deterioro en las funciones superiores. Su validez y fiabilidad son elevadas y es un instrumento ampliamente utilizado, estando adaptado en numerosos países para diversidad de poblaciones (Commenge et al, 1992; Park et al, 1991; Kay et al, 1985; Lobo y Ezguerra, 1979).

50. Folstein, N.F., Folstein, S.E. and MacHugh,P.R., (1975) Minimental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, N°12, pág 189-198.

51. Zudig, M. Et al., (1991) SIDAM A structured interview for the diagnosis of dementia of alzheimer type, multi-infarct dementia and dementias of other aetiology according to ICD-10 and DSM III-R; *Psychological Medicine*, N°1 21, pág. 225-236.



### **5.- Entrevista Estructurada para el diagnóstico de la Demencia de tipo Alzheimer, Multinfarto y de otra etiología específica según criterios CIE-IO y DSM-III-R (SIDAM):**

La SIDAM fue diseñada no sólo como método de screening lleva incluido tanto el Mini Mental State de Folstein y colaboradores, como una versión ampliada del mismo), sino que sin la complejidad de otros se intenta hacer una aproximación diagnóstica lo más adecuada posible.

Descripción/la SJDAM se subdivide en los siguientes apartados fundamentales:

- A. Una breve entrevista clínica semiestructurada, con preguntas abiertas tanto hacia el paciente como a terceras personas (acompañantes y/o cuidadores); iría encaminada a recoger información básica acerca de la historia clínica pasada y actual tanto desde el punto de vista médico como puramente psiquiátrico.
- B. Prueba o test estandarizado a realizar por el paciente, con la finalidad de medir los rendimientos cognitivos; se compone de 40 ítems (cada ítem puede estar compuesto de varias preguntas). Las respuestas correctas se suman con lo cual se obtiene la tasa o puntuación total denominada SISCO ( SIDAM Score), que puede oscilar entre 0 (trastorno cognitivo máximo) y 55 (ausencia de daño cognitivo). La SISCO puede a su vez dividirse en 10 subpuntuaciones o subsíndromes ( puntuaciones sindrómicas) que se pueden usar independientemente para evaluar los resultados en áreas específicas, como memoria, orientación o juicio . Es en este apartado donde se cubren todos los ítems del MMSE de Folstein et al (1975) así como de la versión ampliada del mismo (Farmer y Helzer, 1986).
- C. Una lista estructurada para el diagnóstico de la demencia multiinfarto (DM1), que incluye la Escala de Hachinski (Hachinski et al, 1975) y la Escala de Isquemia modificada (Rosen et al, 1980).

Es en estas subsecciones donde también se recoge la información aportada por terceras personas referente a cambios en la personalidad y actividad social.

- D. Un gradiente de severidad de la demencia (DSM-JII-R/ICD-10).
- E. Una lista de trastornos médicos pasados y presentes (esta información se obtiene a través de informes médicos o de la historia clínica).
- F. Un resumen de todas las puntuaciones obtenidas.
- G. Un sencillo algoritmo diagnóstico (DSM-IIJ-R: criterios A-E; ICD-10: criterios A-I-D).

## RESULTADOS

- Minimental=27 ( menos de 24 se considera deterioro)
  - SISCO= 46 ( no hay deterioro cognitivo global )
  - Déficit leve en memoria inmediata y reciente.
  - Orientación cálculo y copia son normales
  - Memoria a largo plazo normal
  - Pensamiento abstracto normal
  - Capacidad de Juicio normal
- Funciones corticales elaboradas: afasias, apraxias y agnosias sin alteración.

**No cumple los criterios diagnósticos ni CIE y DSM, para ser incluido en una Demencia ni en un Deterioro orgánico cerebral.**

## II.- PARTE REFLEXIVA

### CONSIDERACIONES CLÍNICAS

**A) Si el procesado, Martín Vitutia Camacho, padece o padecía al momento de autos, alcoholemia, y qué efecto causa o causaba en el mismo la ingestión de alcohol o a su abstinencia.**

Es necesario determinar si el informado presentaba una dependencia alcohólica (alcoholismo crónico) o si se trata simplemente de un Abuso de Alcohol.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales establece los siguientes criterios para determinar que existe abuso de sustancia, este caso **ABUSO DE ALCOHOL (DSM-IV: 305.00)**<sup>(52)</sup>

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias, etc.).

52. DSM-IV.Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Madrid 1995.

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ej. arrestos o comportamientos escandalosos debidos a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej. discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de la sustancia.

**Para poder establecer el diagnóstico de “*Dependencia del alcohol*” las actuales clasificaciones diagnósticas contemplan la necesidad de que aparezca el llamado *Síndrome de Abstinencia* tras interrumpir el consumo.**

- 1.- En el caso de nuestro informado, no se refiere nada de ello en la historia clínica de la prisión Sevilla 2, no consta que haya requerido atención médica por presentar los síntomas propios de este síndrome, a pesar de que tras el ingreso en prisión se interrumpió el consumo de alcohol.
  - 2.- No tenemos datos que prueben su consumo de alcohol en la magnitud que refiere el informado. En las declaraciones iniciales de los Policías que le detienen no se aprecia en ninguna de ellas que se indique un estado de embriaguez, salvo en una de ellas que indica que el detenido acababa de pedir una copa en el bar donde lo encuentran.
  - 3.- Por ello se puede indicar que según lo que refiere el informado había un consumo de alcohol, pero que no llega a ser una dependencia y menos, llegar a causar una psicosis alcohólica, grado extremo del alcoholismo.
  - 4.- No existen datos que nos hagan pensar que exista un dependencia alcohólica y por tanto que el día de autos se encontrara bajo efectos del síndrome de abstinencia, ni datos reales de que estuviera bajo los efectos de una Intoxicación Alcohólica.
- Por tanto consideramos que el informado no presenta Dependencia Alcohólica, sino únicamente Abuso de Alcohol y por tanto no ha padecido el llamado Síndrome de Abstinencia que hubiera podido mermar su capacidad intelectual y volitiva el día de autos y tampoco hay referencias que presentara síntomas físicos visibles de una intoxicación etílica.*

B. Si el procesado padece o padecía al momento de autos el denominado “Síndrome del Norte”.

El Síndrome del Norte, es aquella conducta desviada de algunos miembros de las Fuerzas de Seguridad que actúan en el País Vasco. Surge como consecuencia de una situación de aislamiento, al sentirse marginados y rodeados por una sociedad hostil y desafectiva, sumándose a esta situación de aislamiento otros elementos estresantes.

El Síndrome del Norte se expresa en forma de un deterioro que lleva a estos pacientes a un comportamiento de distrés social, familiar o profesional ante el entorno hostil en constante situación de crítica por su labor, que además es una labor estresante por el aumento del riesgo vital en sus actuaciones, junto a los horarios prolongados e irregulares. El cuadro clínico que se genera es el de trastorno por ansiedad y estrés postraumático, con especial desconfianza y recelo, con situación de hipervigilancia y alarma y provocando una situación de agotamiento psicósomático.<sup>(58)</sup>

**Este tipo de trastorno se desarrolla después de largas estancias en el País Vasco, cuando es notorio que los mecanismos de adaptación son ineficaces. En el caso de nuestro informado las estancias nunca ha sido por periodos largos y por tanto difícilmente las situaciones de tensión han sido prolongadas.**

**Por otro lado no hay constancia de que haya requerido asistencia psicológica o psiquiátrica por este motivo, ni en esas fechas, ni posteriormente, como es lo habitual en personas que padecen este trastorno. Y por otro lado, la simple estancia o destino en el País Vasco, no determina que se desarrolle el trastorno.**

**En la actualidad además no presenta una sintomatología que reúna los criterios para el diagnóstico de Síndrome del Norte.**

***Por tanto no hay datos que nos hagan pensar que el informado haya padecido alguna vez o padezca en la actualidad el denominado Síndrome del Norte.***

**C. Si el procesado padece o padecía al momento de autos celotipia de base o fundamento alcohólico.**

### **CELOTIPIA ALCOHÓLICA**

El tema de los celos se encuentra estrechamente ligado a la patología alcohólica, pero dentro de las psicosis alcohólicas, es decir en los grados máximos de pérdida de contacto con la realidad.

---

53. GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces. 1993. págs. 197-198.

En orden de frecuencia es un tipo de psicosis alcohólica de menor frecuencia de presentación en la clínica, tanto que en la DSM IV, Manual de Diagnóstico de los Trastornos mentales, ya ni siquiera la cita como tal.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de unas ideas delirantes de celos, que pueden estructurarse en un sistema sólido, con las consiguientes repercusiones en la conducta del paciente y en la convivencia familiar. Se trata de pacientes un riesgo alto de actuar sus sospechas y convicciones.

Considerada como una forma de psicosis alcohólica para Alonso-Fernández, uno de los Psiquiatras más versados en el tema del Alcohólicismo, el “delirio de celos” en sentido estricto. Suele constituir una estructura delirante, asimilable a la esquizofrenia. Se considera una esquizofrenia desencadenada por el alcohol.

**Por lo que en el caso de nuestro informado, difícilmente se puede hablar de celotipias, si no hay enfermedad mental de base y no hay alcoholismo en la magnitud requerida para desencadenar una Psicosis alcohólica.**

Recordemos que no hay informes periciales que hablen de una enfermedad mental, que no hay datos suficientes probados para hablar de un alcoholismo en la magnitud que refiere el informado, más bien todo lo contrario, en las declaraciones de los Policías que le detienen no se manifiesta que el informado esté ni siquiera en estado de embriaguez.

**D. Si el procesado padece o padecía el síndrome de “Cola Caballo”**

El diagnóstico de Síndrome de Cola de Caballo, es un diagnóstico de una enfermedad física, secuela de un accidente anterior.

Una enfermedad física por sí sola no genera patología mental, no altera la capacidad volitiva ni en este caso le incapacita para llevar una vida adaptada.

Por lo que hablar de esta enfermedad física en relación al día de los hechos es irrelevante.

**E. Si el procesado padece o padecía de Encefalopatía Minor**

1.- Dicho diagnóstico no aparece en la Manual de Diagnóstico de Trastornos mentales, DSM IV, reconocido internacionalmente como el sistema de referencia a la hora de diagnosticar en psiquiatría.

- 2.- La encefalopatía simple o minor, es un trastorno encefalopático base sobre el que se montan los demás trastornos encefalopáticos; psicopatológicamente se corresponde con un psicossíndrome orgánico. Con la desintoxicación y abstinencia se consigue la normalización absoluta a los 3 años.<sup>(54)</sup>
- 3.- El fundamento de dicho diagnóstico según los forenses que lo exploran en primera instancia es la existencia de un leve deterioro en sus capacidades intelectivas, medido con el MMS. Sin que se aporte ninguna prueba objetiva tipo TAC.
- 4.- No hay datos de la persistencia de dicho trastorno y no han pasado 3 años, desde que se habla de dicho encefalopatía. Los resultados del Test neuropsicológico y del Test de Rorschach tampoco hablan de dicha encefalopatía o de sus secuelas.

F. Qué efectos pueden causar sobre la Psiquis del procesado la conjunción de dos o más de las afectaciones más arriba mencionadas.

En nuestra opinión, se han descartado todas las afecciones, salvo el consumo excesivo de alcohol, y el síndrome de cola de caballo.

Únicamente el consumo excesivo de alcohol pudiera causar alguna alteración, pero nunca una pérdida de la capacidad volitiva, del saber y entender, sobre el bien y el mal.

G. Cuál es el criterio de los peritos sobre la imputabilidad del procesado

Dado que en las sucesivas reuniones de la Asociación de Psiquiatría Forense con los magistrados se concluye que la imputabilidad es un término legal, que no debe ser usado ni medido por los peritos psiquiatras, nos abstenemos de hacerlo.

H. Características de la personalidad del informado

Según los resultados de los test de personalidad que se han aplicado al sujeto, MMPI, Test de Rorschach, SIDAM, Mini-mental de Folstein y las entrevistas al informado, los informes de los Peritos Forenses y el informe del Psicólogo de la Prisión que nuestro informado posee:

- Buen nivel de inteligencia teórica, aunque con escasa inteligencia práctica.
- Escasa sintonía afectiva con el entorno, con dificultades para establecer vínculos afectivos.
- Es suspicaz y sensible a la opinión de los demás

---

54. Fernández Argüelles, P.; Rubio, P.; (1996) Encefalopatías alcohólicas, Rev. Monografías de Psiquiatría. Vol. 6, Pág. 24 y 25.

- Tiene escaso control sobre sus impulsos
- Culpabiliza a los demás de sus propios problemas
- Impaciente y tiene una tolerancia a la frustración limitada
- Carece de confianza en sí mismo
- Es estereotipado en su enfoque de los problemas
- Escaso sentido de la responsabilidad y el deber. No está dispuesto a asumir las consecuencias de sus propias conductas.

Estos rasgos son características de su personalidad en la actualidad, pero no se llegan a reunir los criterios necesarios para configurar una enfermedad mental, ni siquiera un Trastorno de Personalidad.

### III.- CONCLUSIÓN

#### PRIMERA

*Nuestro informado a la luz de las entrevistas y estudios psicológicos administrados, no presenta en la actualidad ninguna enfermedad mental.*

#### SEGUNDA

*En relación a su personalidad se puede afirmar que hay un predominio de determinados rasgos o características, pero que en ningún caso configuran un Trastorno de Personalidad. En caso de existir dicho diagnóstico debería ser previo y haber sido detectado en su ingreso en la Policía.*

#### TERCERA

*Es una persona normal, con poco control de sus impulsos y con poca tolerancia a la frustración y que proyecta en los demás la culpa de sus problemas.*

#### CUARTA

*En lo momento de los hechos estaban conservadas su capacidad de entender, querer y de obrar, y no presentaba una perturbación significativa en el conocimiento de la realidad sabiendo lo que hace y el alcance de sus acciones.*

### MMPI, Cuestionario de personalidad

#### Resultados para uso exclusivo y posterior interpretación del profesional

		41 años, Varón,										VITUTIA CAMACHO										
Escala	PD	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	—	—	1.	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....9
MMPI-?	9	50	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
MMPI-L	7	56	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
MMPI-F	22	79	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-K	8	37	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-HS	27	83	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-D	30	67	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
MMPI-Hy	32	71	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Pd	34	74	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Mf	31	57	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Pa	21	75	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Pt	33	56	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Sc	47	70	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Ha	19	46	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Si	44	70	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
Código = 1 <sup>64380</sup> 257- 7 : 22: 8																						
MMPHES	32	29	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-Dy	30	59	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
MMPI-Do	12	40	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
MMPI-Re	14	32	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
MMPI-Cn	22	42	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-NE	90		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	++
MMPI-PS	67		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
MMPI-IN	67		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
	—	—	1	..0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....0	....9

**NOTA.-** En el margen derecho se han señalado con un signo '+' las escalas cuya puntuación T está comprendida entre 60 y 69, y con dos signos '++' las escalas con T igual o superior a 70 (muy significativas).



## CASO Nº 6.-

**D. JORGE NÚÑEZ DE ARCO, DOCTOR EN MEDICINA, DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS, PSIQUIATRA FORENSE, INFORMA ACERCA DEL PACIENTE:**

**MARIO FIGUEROA ALANIS**

### I.- PARTE EXPOSITIVA

Paciente varón de 28 años que acude a nuestra consulta por primera vez en fecha 23/9/97, en relación a la solicitud de la Sección, de la Sala de lo Contencioso Administrativo de Sevilla, recurso N1 112233MAF, en la que se solicita:

*“El Especialista en Psiquiatría, dictamine, si de los informes obrantes tanto en el expediente administrativo como de los aportados con la demanda ( Nº 1 3 y 4 ), y en su caso del reconocimiento médico efectuado, se deduce que el recurrente presenta trastornos psicopatológicos que le produzcan menoscabo psíquico, indicando también si dichos trastornos le producen algún tipo de dificultad para controlar su comportamiento, concretándolo en su caso.*

### ANTECEDENTES PERSONALES

Politoxicómano hasta abril de 1994, posteriormente en tratamiento con metadona en centro oficial. Acudió a Psiquiatra el año 1993 por primera vez, para deshabituación.

- Amaurosis de ojo izquierdo tras accidente de tráfico hace años.
- Escoliosis.
- Infección por VIH.
- Estudios hasta FP (maestro Industrial).

Tiene un informe de fecha: 23/9/99, del Psicólogo Francisco Gil del Equipo de toxicomanías del Puerto de Santa María, en el que se le diagnostica de:

- Dependencia a Opiáceos.
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Enfermedad infecciosa

Hay un informe del Psiquiatra Dr. F. C. G., de fecha: 11/12/95 (Doc. N13) en el que le diagnostica de Trastornos adaptativos con alteración mixta de las emociones y de la conducta. (DSM III 309.40)

Hay otro informe del mismo Psiquiatra, de fecha: 25/11/96, (Doc. N° 14) en el que indica que nuestro informado padece:

"consumo de alcohol, haschis, opiáceos, (politoxicomanía) ha estado ingresado en varios centros de desintoxicación que no soportaba debido a su interpretación anómala de su personalidad; trastornos del pensamiento, amnesias lacunares (trastornos de la memoria) trastornos de la conciencia y del estado de vigilia, trastornos de la afectividad( de tipo psicótico) trastornos psicomotores y psicósomáticos; provoca por su toxicomanía, y como síntesis de su comportamiento y de su personalidad, trastornos en el comportamiento social".

Hay un informe de la Psicóloga M. A., de fecha: 27/2/96 (Doc. N° 11) en el que en la exploración dice:

Ha presentado trastornos de conducta, síntomas depresivos y de ansiedad, dificultad en el control de los impulsos... durante consumo de tóxicos.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES S/C**

#### **PSICOPATOLOGÍA ACTUAL**

En el momento de la exploración el paciente se encuentra bien orientado en el espacio y el tiempo.

Se observa signos y síntomas de ansiedad en relación a las diversas enfermedades físicas y sus limitaciones a nivel personal y social.

No se aprecia signos ni síntomas psicóticos.

Presenta insomnio de conciliación y medio. El sujeto refiere, en ocasiones al despertar, espasmos musculares y frecuentes dolores de cabeza.

Ha estado decaído tras la muerte de su padre hace año y medio.

## ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA ADULTOS (Puntuaciones típicas)

- Subtests de Escala Verbal:	59
- Subtests de Escala Manipulativa:	55
- Información:	1
- Clave de Núm.:	10
- Comprensión:	7
- Figuras Incom.:	13
- Aritmética:	10
- Cubos:	12
- Semejanzas:	10
- Historietas:	10
- Dígitos:	10
- Rompecabezas:	10
- Vocabulario:	11

**CI Verbal: 97**

**CI Manipulativo: 106**

**CI Total: 100**

**Inteligencia normal**

**Índice de Deterioro Patológico: 3.6**

Sólo los índices de deterioro patológico comprendidos entre el 10 y 20 por 100, permiten sospechar la existencia de un deterioro psicoorgánico.

### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI**

Las escalas clínicas indican que el informado presenta intensos síntomas de ansiedad generalizada, en general en forma de temores y preocupaciones entorno a su salud.

Los sujetos que presentan unas escalas altas en 3 y 4, tienen como característica más sobresaliente la ira intensa, crónica. Abrigan impulsos agresivos y hostiles, pero son incapaces de expresar sus sentimientos negativos de manera apropiada.

La mayor parte de sus dificultades surgen de sentimientos profundos; crónicos hostilidad y hacia los miembros de su familia. Demandan la atención ya probación de los demás. Son muy sensibles al rechazo y se vuelven hostiles cuando son criticadas. Aunque parezcan estar socialmente conformes por fuera internamente son bastante rebeldes. Pueden estar sexualmente inadaptadas, la inestabilidad matrimonial y promiscuidad sexual son comunes. Los pensamientos e intentos suicidas son característicos de los individuos 3/4 4/3.; y es muy probable que se vean seguidos por episodios de ingestión alcohólica excesiva y conducta de “acting out”. Los diagnósticos de trastorno de la personalidad se asocian, por lo general con esta combinación, siendo los más comunes la personalidad pasivo agresiva y emocionalmente inestable.

Dentro de las **Escalas Secundarias** los resultados indican que es una persona mal adaptada psicológicamente, dependiente con recursos limitados para enfrentarse a los problemas, y se confirman los datos anteriores, con la escala de Control (Cn) que se encuentra en menos de 50, por debajo de la normalidad.

**En síntesis**, el informado presenta una inadaptación psicológica general, destacando fundamentalmente los impulsos agresivos y hostiles. Todo ello en una personalidad inestable, con escaso control de sus emociones y con intensos sentimientos de inseguridad e inutilidad que le lleva a aislarse socialmente.

## II.- PARTE REFLEXIVA

### **CONSIDERACIONES CLÍNICAS**

Nuestro informado es una persona de 28 años de edad, sin antecedentes de psiquiatría hasta el año 1993, en que consulta para deshabitación. Termina sus estudios de una maestría industrial, trabajando posteriormente. Es hasta el accidente de tráfico en que la situación no empieza a tener un trastorno psicológico como consecuencia de las secuelas de dicho accidente y a partir de dicho accidente empieza un cuadro que cronológicamente se desarrolla así:

Hay una dependencia a opiáceas, que se puede diagnosticar como:

Eje I.- Diagnóstico principal: Dependencia a opiáceos en tratamiento con agonistas (metadona) (f 11.2x) [304.00]

Eje III.- Enfermedad física: Hay una enfermedad de VIH, que se puede englobar en el diagnóstico de Enfermedad infecciosa (A00-b99)

Eje II.- Diagnóstico de personalidad:

En este apartado todos los diagnósticos coinciden que se trata de una personalidad anormal.

En los estudios psicológicos de personalidad que le hemos administrado aparece una personalidad inestable, agresiva. En otros diagnósticos aparece un personalidad narcisista, en otros: Trastorno de conducta perturbadores, etc., etc.

Por todo ello y dado que no encontramos con opiniones dispares en cuanto a diagnóstico, creemos que después de este periodo de evolución de su enfermedad física, se trata de una personalidad anómala que en al actualidad está bajo el influjo de dicha enfermedad física, el VIH., que como es de preveer afecta en conjunto a todo la personalidad, por lo que se puede englobar en el diagnóstico de:

**TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD (CIE-10 F07.0) <sup>(55)</sup> o CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA (DSM-IV 310.1) <sup>(56)</sup>**

De tal manera que así no habría diagnósticos dispares, estarían englobados todos los diagnósticos que se han realizado en determinadas etapas. Y así, es posible comprender de mejor manera su patología.

Según el CIE-10 "Un diagnóstico definitivo se basa, además de en los claros antecedentes y otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

- a) Capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieren periodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
- b) Alteraciones emocionales, caracterizados por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.
- c) Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales).
- d) Trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacias o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto.
- e) Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, "sobreinclusividad", pegajosidad e hipergrafía.
- f) Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

---

55. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid,1993. Págs. 91-92.

56. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed Masson. 1996. Pág.

En relación a este trastorno, la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) indica:

"Las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad consisten en inestabilidad afectiva, descontrol de los impulsos, crisis de agresión o de cólera claramente desproporcionada a los estímulos psicosociales desencadenantes, apatía acusada, suspicacia o ideación paranoide. Los sujetos con este trastorno 'no son los mismos' a juicio de los demás"<sup>(57)</sup>.

De tal manera que así si se entiende que en algunas ocasiones el Dr. C. G., Psiquiatra; llegue a afirmar que presenta trastornos del pensamiento, Trastornos de la afectividad de tipo psicótico, etc. Que la psicóloga M. A., afirme que hay trastornos de conducta, síntomas depresivos ya ansiedad y dificultad de control de impulsos. Lo que nosotros hemos observado el paso de la apatía en algunos días hasta la ira e irritabilidad otros días, El ser pegajosos y repetitivo en algunas ideas.

Todo ello sumados a las entrevistas realizadas y al exámenes de la documentación aportada, nos hacen afirmar dicho diagnóstico y de esa manera se puede aceptar que si hay un cierto deterioro mental.

### III.- CONCLUSIONES

#### PRIMERA

Nuestro informado presenta:

Eje I.- Diagnóstico principal:

**DEPENDENCIA A OPIÁCEOS EN TRATAMIENTO CON AGONISTAS (METADONA) (CIE 10 F 11.2x) [DSM IV 304.00]**

Eje II.- Diagnóstico de personalidad:

**TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD. (CIE-10 F07.0)<sup>(58)</sup> o CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA(DSM-IV 310.1)<sup>(59)</sup>**

---

57. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed Masson. 1996. Pág. 176

58. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, 1993. Págs. 91-92.

59. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed Masson. 1996. Pág.176-179

Eje III.- Enfermedad física:

**ENFERMEDAD DE VIH**, Enfermedad infecciosa. (A00-b99)

**SEGUNDA.-**

Hay una dificultad del control de sus impulsos, que se traduce en una alteración de su comportamiento, sin causar grandes alteraciones en su entorno social.

**TERCERA.-**

Estas alteraciones del control de su comportamiento son de carácter crónico, no susceptibles de tratamiento psicológico ya que son derivadas de sus enfermedades físicas y de sus características de personalidad.

Sevilla, 10 de noviembre de 1999

