

LA VÍCTIMA

Jorge Núñez de Arco

La Víctima

Jorge Núñez de Arco

Edición: Proyecto Sucre Ciudad Universitaria

Sucre – Bolivia

2004

ISBN 99905-0-447-6

CAPÍTULO 18

EL INFORME PERICIAL

El informe pericial puede ser realizado por cualquier forense, médico, psicólogo, psiquiatra y también los peritos en criminalística, los auditores forenses, etc.

Podemos distinguir dos tipos de informe pericial:

Por el origen:

- a) A petición de una de las partes.
- b) A instancias del propio Juez
- c) Por el desempeño profesional en institución pública

Por la jurisdicción:

Los ámbitos dentro del peritaje psiquiátrico abarcan los siguientes marcos legislativos:

- a) Civil (incapacitación, internamiento, divorcio, testamentaría, adopción, etc).
- b) Penal (responsabilidad criminal, internamiento, sumisión a tratamiento, denuncias, etc).
- c) Social (pensiones, subsidios, incapacidad laboral, etc).
- d) Militar (exclusión de servicio militar, responsabilidad militar, indemnizaciones, etc.).
- e) Administrativo (incapacidad, despidos, etc).
- f) Canónico (nulidad matrimonial).

En el ámbito penal la misión del forense no termina con la elaboración de un diagnóstico, sino que el Tribunal requiere del perito una interpretación y sobre todo la valoración de cómo esa enfermedad mental ha podido influir en la comisión del delito y, si se ha producido una alteración en la capacidad de conocer el carácter delictivo de ese hecho. Es decir, no solo se trata de valorar la normalidad o anormalidad psíquica del sujeto, sino además el grado de esa anormalidad y hasta dónde ha tenido que ver con la comisión del delito, ya que de esta valoración depende el grado de responsabilidad criminal, de manera que en ocasiones la pena se transforme en un internamiento en un Centro Psiquiátrico Penitenciario.

Para la elaboración del Informe Pericial se debe seguir los siguientes pasos:

- Preevaluar el informe para determinar si tenemos idoneidad como peritos o si hubiere alguna circunstancia excluyente de la responsabilidad de peritar.
- Reconocer al paciente y a las personas que estimen oportunas en cada caso (familiares, vecinos, testigos...)
- Elaboración del informe pericial
- Ratificar el informe una vez entregado al Juzgado
- Defender el informe pericial ante los tribunales cuando se solicite.

Se debe separar el termino testigo experto del termino perito experto. Son trabajos muy distintos.

1.- CONCEPTO DE TESTIGO EXPERTO

Entre los testigos que se presenta en la búsqueda por esclarecer lo ocurrido, puede estar el Testigo experto, que debido a su experiencia técnica en el campo respecto al cual testimonia, le es permitido expresar "opiniones" (KAPLAN, pag. 2692, T.II) En esta parte difiere de muchos manuales de Psiquiatría, que quizá hayan creado esa confusión por la traducción o por la forma en que se instruye a nivel judicial.

Cuando un Médico, psiquiatra o Psicólogo está citado como TESTIGO, se nos pide ser como cualquier otro testigo, que informa de lo que sabe por conocer a la persona, y de sus datos acerca de ella, pero nunca en ese caso debe exponer una opinión. Esto significa que, además de aportar información en tomo al sujeto en cuestión, por ejemplo; diagnóstico, información histórica obtenida de su historia clínica y de las entrevistas a sus familiares, datos conseguidos a partir de diversas fuentes documentales e información sobre la transferencia y la contra transferencia (Si hay consentimiento del paciente), no puede dar más datos, no puede inferir respuestas ni dar conclusiones. Puede decir "Ericka" está mentalmente enferma. Cuando yo la vi, presentaba un delirio de persecución. Causado por sus traumas en la adolescencia.

Pero no debería contestar preguntas ocasionadas como consecuencia del hecho a juzgar. Por ejemplo, el abogado dice: Mi cliente estaba presente en un accidente automovilístico y a partir de entonces, padece trastornos emocionales. Tiene relación sus trastornos con el accidente de tráfico? Ya que ello implica una respuesta de valoración, de una peritación. Y si esta como testigo, es testigo únicamente de las actuaciones anteriores; de las que le consta a través de su trabajo con el cliente.

El hecho de que el psiquiatra o psicólogo, acuda a un Juzgado como testigo es porque el abogado particular o de oficio, pide al tribunal que se lo cite como testigo. No se le ha pedido un informe expreso para ello, se supone que no conoce los hechos, aunque se pueda considerar de utilidad el testimonio del experto en el marco del problema. Demasiado a menudo, los abogados no informan al profesional de la exacta naturaleza de las preguntas que se formulan o bien el profesional cree que tiene obligación de hacer valoraciones sobre el caso. Que un buen Juez las desestime, no está obligado, ya que acude como testigo, eso quiere decir que se limita a decir lo que ha oído y visto, sin emitir su propia opinión. Ya que no va como perito, sino como testigo.

Más aún si está citado como testigo, no debiera reunirse con ninguna de las partes, es un testigo citado por el Juzgado a petición de una de las partes, pero como Testigo imparcial.

Cuando se habla del TESTIGO EXPERTO, en muchos casos, es cuando se cita a un perito, fuera de los plazos legales para nombrar un perito o bien cuando no se ha aceptado una nueva pericia. Si fuera el caso real, de que se precisa a un Testigo Experto que puede ser útil como testigo en un determinado momento, para que dé su opinión acerca de un determinado tema psicológico o psiquiátrico, sin que conozca en su totalidad el caso, estamos hablando de un verdadero Testigo experto.

En ese caso, durante las reuniones previas al juicio, el psiquiatra ayudará al abogado a que pueda oponerse con éxito al testimonio del experto de la parte contraria, de acuerdo con los mecanismos ya estudiados con anterioridad. Y dará su opinión de acuerdo a sus conocimientos dentro del marco de la legalidad y la verdad cooperando en la demostración de las líneas de la defensa del abogado contratante.

Cuando un experto en psiquiatría o psicología testifica, debe presentar su información en tres partes claramente distinguibles. Primero, presentará y discutirá las teorías psicológicas en relación con el problema legal de que se trate. En segundo lugar, describir los datos de que dispone. En tercer lugar, el diagnóstico y las inferencias legales en relación a los hechos juzgados. Puede preparar su testimonio de manera tal que permita al abogado presionar para obtener una respuesta similar en el testigo experto oponente.

Esta misma función se cumple para la Fiscalía denominándose: CONSULTOR TÉCNICO. (Art. 207. NCPP).

2.- ELABORACIÓN DEL INFORME PSIQUIÁTRICO (Núñez de Arco, 2001)

2.1.- La Entrevista

La entrevista es la base fundamental, para llegar a la comprensión de los hechos y el conocimiento de la persona que precisa nuestra intervención. La función principal del entrevistador es escuchar y comprender al informado, debemos tomar en cuenta que vamos a utilizar como principal "prueba" la entrevista médica, psicológica o psiquiátrica.

En la medida en que se consiga un buen contacto, en nuestro primer encuentro y en las sucesivas entrevistas, se conseguirá mas información. No hay una sola forma de realizar la entrevista, aunque si debe haber una cierta sistematización, que va mejorando con la práctica y la experiencia.

Creo fundamental, además de escuchar, el estar pendiente de la transmisión de datos de la conducta, del lenguaje no verbal, realizar una observación de los movimientos, la vestimenta, los gestos del paciente, sus expresiones emocionales y sus reacciones ante determinados temas.

Sistematizando podríamos hablar de:

- Obtener información sobre el relato del informado: sintomatología actual, antecedentes del episodio actual que ayuden a clarificar posibles causas, datos biográficos, etc.
- Estudiar las actitudes y los sentimientos del informado, ante su enfermedad y ante el hecho judicial.
- Apuntar datos sobre el lenguaje no verbal, la conducta del informado, ampliando así la información sobre él y los problemas.

Observar si hay alteración posterior al hecho a informar, si hay otra enfermedad posterior o reactiva.

2.1.1.- Tipos de entrevista

En la práctica se usan ambas o una mezcla de ambas, ya que se complementan. Al principio, puede ser abierta, no directiva, pero una vez que tenemos una probable hipótesis diagnóstica, las preguntas estarán dirigidas a obtener datos que prueben nuestra hipótesis.

Decíamos que al inicio es NO DIRECTIVA: Es posible pedir un relato de los hechos, realizando un mínimo de preguntas imprescindibles para que no se rompa el hilo de la conversación. Dejando un tiempo para que pueda expresar libremente sus vivencias y sentimientos, podemos obtener más datos de su personalidad y de su forma de ser, que de una manera dirigida, se diluye

fácilmente. Hay que saber aceptar los datos terciarios, evitando el control excesivo de la entrevista, es decir matizaciones o detalles a veces inútiles, que en algunos casos nos permitirán vislumbrar otra información.

Lo ideal es no tener información sobre los hechos, no tener datos del entrevistado, lo cual nos permite realizar una entrevista no contaminada. Difícilmente se puede mantener una absoluta neutralidad, sin querer se participa de la problemática o bien nos suscita un rechazo, es importante aprender a detectarlo y controlarlo.

La falta de experiencia se va resolviendo poco a poco, con la práctica. Pero hay que evitar o controlar la ansiedad por temor a no valorar el caso adecuadamente. Ya que nos impediría detectar respuestas emocionales sutiles. Evitar hablar demasiado con demasiadas interrupciones al entrevistado, o bien caer en la pasividad de no realizar ninguna intervención.

Posteriormente es una entrevista DIRIGIDA, Estructurada o semiestructurada, en la que puede ser una evaluación estandarizada de la psicopatología del informado, pidiendo datos de acuerdo a nuestro protocolo previamente elaborado, lo que permite uniformar la recopilación de los datos psicopatológicos. (A veces es útil cuando otros profesionales van a hacer uso de ellos.) Este tipo de entrevista permite identificar los síntomas más importantes y realizar un diagnóstico sintomático fácil. Aunque a la hora de la interpretación de los datos, sea preciso un buen juicio clínico. Pero a parte de ello hay necesidad de apuntar *dixit it.*, la descripción narrativa del informado sobre los hechos y sobre sus conductas.

Ya finalmente en las entrevistas sucesivas, si no hay datos suficientes, crear un espacio en el que se le pida que clarifique los datos obtenidos en la entrevista no dirigida o la que ha quedado en los datos terciarios..

Lo que se debe evitar es entrar en una entrevista rígida, que impida obtener datos, como indica D. José María Alvarado, en su libro: "Curso de Psicología Médica" (Edit. Univ. San Andrés. La Paz, 1989, pág. 85), en el tema de la primera entrevista: "El estereotipo semiológico, es para nosotros, aquella ordenación, casi estereotipada, con que a veces se fatiga al enfermo, al interrogante de inicio y con ordenamiento sistemático: qué edad tiene; dónde vive; en qué "trabaja; si es soltero o casado, etc., datos cuya importancia es innegable, pero que se los puede ir recogiendo a lo largo del interrogatorio y los exámenes semióticos más dilatados y calmados que se pueda hacer. Lo esencial en esas cruciales alternativas, no es la prisa, sino la reiterada y cálida efusividad, por si cupiera el pleonasmismo, en la frase. Calma y cordialidad que no deben tener límites a veces, para lograr la tranquilidad del paciente."

"Una historia psiquiátrica se construye formulando preguntas para sonsacar las quejas que presenta y para evaluar la gravedad de los deterioros asociados en la competencia social y en el funcionamiento neurovegetativo; para establecer la cronología de los cambios y la relación de es-

tos cambios con las experiencias que potencialmente produjeran tensión que tienen o hipotéticamente tienen una significación psicológica; para averiguar si el paciente ha tenido experiencias que provocaron que él estuviera preocupado por su bienestar psicológico en el pasado, y si es así, si sus dolencias pasadas son semejantes a las que ahora está explicando; para determinar si ha recibido tratamiento y de qué tipo en el curso del episodio prevalectante y, si hay una historia pasada de trastorno psiquiátrico, qué tratamiento, si hubo alguno, le fue útil; para obtener la historia médica del paciente, incluyendo su uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, y la historia familiar de las enfermedades, tanto psiquiátricas como no psiquiátricas; para extraer la historia personal del paciente, incluyendo los puntos culminantes del desarrollo, educación, ocupación y funcionamiento social; para explorar su actitud, sus reacciones ante varios acontecimientos y su estilo en tratar las tensiones.” (Freedman Kaplan, pág. 813).

2.1.2.- Fases y condiciones para la realización de la entrevista.

Modo de acceso

El paciente puede venir espontáneamente a la consulta porque cree que necesita información sobre su problema o bien busca un informe pericial, en ese caso puede ser remitido por otro médico, o un abogado que solicitan una opinión sobre los posibles factores psicológicos o psiquiátricos que pueden influir en el caso legal. O bien puede venir obligado por el hecho de que un Juez ha solicitado una Peritación médica. En el acceso voluntario, la implicación del informado hace que a la hora de llevar a cabo la entrevista, pueda ser más abierta.

La perspectiva psicoanalítica de Balint, de sus libros: “El médico, el paciente y la enfermedad” (1961), “Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general.” (1973), cuando habla de la relación médico paciente, no sirve mucho, ya que somos unos evaluadores de un hecho en que se precisa que actuemos de forma imparcial, algo bastante diferente, de lo que haría un médico en su consulta. Ya que no buscamos una dinámica subyacente de aceptación de paciente. No pretendemos atender las demandas de cuidado. Y los sentimientos que cada entrevistado/paciente despierta en el médico, en relación a su experiencia profesional y personal, que siempre remiten a sus precoces relaciones emocionales en su familia de origen. (Contra transferencia), deben ser anuladas. Ya que en una pericia pueden influir a la hora de nuestro informe, quizá no dejándonos ser imparciales.

Sin embargo la técnica del flash, al estar atento a sus propios sentimientos en la entrevista, a los del entrevistado y al flujo emocional, pueden permitirle focalizar su intervención sobre lo nuclear del problema del entrevistado.

2.1.3.- Lugar de la entrevista

Lo importante es que médico y paciente se encuentren cómodos, asegurando en cualquier caso (consulta privada, hospital, clínica, institución penitenciaria, Juzgados, Policía, etc.) que quede

garantizada la confidencialidad. No se debe aceptar realizar la entrevista en lugares públicos, como bares o el propio domicilio del paciente.

2.1.4.- Duración

Debemos tomar en cuenta que muchas veces seremos interrogados por la defensa o la parte contraria, sobre el tiempo y las veces que hemos visto al entrevistado. El tiempo es muy variable según se trate de una primera entrevista o subsiguientes, pero un promedio de 45 minutos es algo mas estandarizada. Aunque mucho depende del tipo de entrevista, de las facilidades de hacerlo y de la complejidad del asunto.

- Entrevista normal: 1, 1 horas (70 minutos).
- Entrevista en situación de urgencias: 1,8 horas (108 minutos).
- Entrevista/visita en hospitalización de agudos: 0,55 horas (33 minutos).

En este tipo de entrevistas, no siempre la primera dura más y las siguientes menos, muchas veces las siguientes duran más, porque la profundización de los temas lo requiere.

Por ello se habla de que el estándar medio para todas sea de 70 minutos. La idea del tiempo que durara la entrevista y su planificación a veces es conveniente transmitirla al entrevistado.

2.1.5.- Fase inicial

La entrevista comienza indicándole al paciente nuestro nombre y especialidad. Se puede indicar al comienzo que todo lo que nos cuente es estrictamente confidencial. Pero no en el caso de ir como Perito oficial, con nombramiento por el Juez, ya que en ese caso debemos indicarle que todo lo que nos cuente, debe ser plasmado en nuestro informe al Juzgado. Una vez tomados los datos personales del paciente, se solicita información (verbal o escrita) sobre los hechos que han motivado que nosotros lo veamos. Y deciamos que en esta parte se debe interrumpir lo menos posible, limitando nuestra intervención a aclarar algún punto del relato.

2.1.6.- Fase intermedia

Deciamos que se puede pasar a la entrevista dirigida, una vez que tenemos una idea general del problema, realizando la historia clínica y un examen Psicopatológico, que bien puede ser mediante preguntas concretas, o siguiendo una entrevista sistematizada de las que hemos adjuntado algunas. Pero nuestra actitud debe dar la impresión con las preguntas de un interés sincero por conocer su situación. De otra manera no se consigue confianza suficiente para que nos comuniquemos sus sentimientos. En esta fase se debe evaluar la necesidad de realizar otros tests o cuestionarios psicológicos o biológicos.

2.1.7.- Fase final

Fase, en la que ya hemos formulado una hipótesis, la hemos corroborado con los datos aportados por el entrevistado y los resultados de las pruebas psicológicas o biológicas y ya podemos elaborar un informe pericial. Siempre hay que hacer una pregunta última, es asombroso lo que se encuentra, se le ofrece la oportunidad de realizar preguntas que estime pertinentes en relación a su caso.

2.1.8.- Entrevista a familiares y conocidos

En ocasiones es fundamental la entrevista a los familiares, amigos y vecinos. Datos sobre su forma de ser, de su entorno socioambiental. Sin embargo, hay que cuidar la forma de acceder a dichas fuentes, en relación al propio conflicto que haya desencadenado el hecho a valorar.

3.- CARACTERÍSTICAS DEL INFORME

El informe pericial contiene la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y por lo tanto es el instrumento de comunicación entre la Psiquiatría y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito psiquiatra, por lo que deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible a los sistemas jurídicos, la información psicológica operativa par las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

La jurisprudencia reitera una y otra vez que los informes periciales no son vinculantes, sin embargo su peso en las decisiones jurídicas es indudable.

A continuación se expone un modelo de informe de carácter general, el más utilizado por nosotros en la práctica forense, aunque algunos asuntos o ámbitos concretos requiere informes específicos.

4.- MODELO DE INFORME PERICIAL PSIQUIÁTRICO (Núñez de Arco, 2001)

4.1.- PARTE INICIAL

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifica los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional.

Contiene asimismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente a nivel administrativo o bien de los datos de archivo del Juzgado. Citando en ese caso textualmente lo se solicita de nuestra pericia.

Finalmente aparece el nombre de la persona objeto del peritaje psiquiátrico.

D. JORGE NÚÑEZ DE ARCO, Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría, Profesor de la Facultad de Psicología, Ex Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario Y D. LUIS FERNANDO PÉREZ TORRES, Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, INFORMAN A LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE SEVILLA, Sección Primera, Nº de rollo 3166/96, Idem. causa S0 2/96, del Juzgado de Coria 2, en relación a la solicitud de informe pericial acerca de "la salud mental actual y si en el momento de los hechos estaba en el uso de su capacidad mental" de:

Nombre completo del informado.

4.2.- PARTE EXPOSITIVA

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

No es necesario poner fechas de las exploraciones, pero si dar un número aproximado de las visitas.

4.2.1.- ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

* Aspectos biográficos:

Se incluirían aquí por un lado datos de tipo evolutivo gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.

Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.

Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.

Historia laboral del informado, cambios de empleo si los ha habido, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.

Relaciones amistosas y afectivas.

Historia familiar del informado, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos, etc.

4.2.2.- Patobiografía

Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.

Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa, etc.

Se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y a continuación se extrae de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

4.2.3.- Antecedentes familiares

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos en la familia, fundamentalmente en lo que se refiere a enfermedades psíquicas.

Dependiendo del caso a tratar se incluirá mas o menos datos. En ocasiones es muy importante dar datos de antecedentes psiquiátricos, como puede ser el caso de una Esquizofrenia.

4.2.4.- Psicopatología actual

En primer lugar se hará referencia a una visión general del aspecto del sujeto, cómo se presenta a la entrevista, vestimenta, aseo, constitución, etc.

Comportamiento durante la exploración, si se muestra colaborador, defensivo, agresivo, etc.

A continuación se hace referencia a la psicopatología que el informado presenta en el momento de la exploración a *Nivel de conciencia*: la lucidez de conciencia es una dato de capital importancia para que posteriormente se pueda opinar sobre la imputabilidad del paciente.

La exploración del nivel de conciencia valora dos momentos distintos: el nivel de conciencia en el mismo momento en que se realiza la exploración y el posible nivel de conciencia en el momento que ocurrieron los hechos delictivos; en este último caso la observación no sería directa sino que se haría en base al relato del paciente y de los posibles testigos.

Orientación espacial y temporal en el momento de la exploración, y en este caso igualmente se pueden sacar conclusiones del nivel de orientación espacial y temporal en el momento de los hechos por las características del relato del informado y de los testigos.

Afectividad: habrá que valorar la existencia de patologías en este área, tristeza, indiferencia, pérdida de ilusión vital, ideas de suicidio, síntomas de ansiedad somática, sintoma de ansiedad psíquica. Habrá que valorar además la existencia de psicopatología que permita llevar al diagnóstico de un posible síndrome depresivo: insomnio, anorexia, trastornos en la sexualidad, etc.

Curso del pensamiento: existencia de pensamiento disgregado, prolijo, ideofugitivo, inhibido, bloqueos... Muy relacionado con el nivel de conciencia, memoria, inteligencia, etc., su alteración, en ausencia de afectación de estas funciones, indica una posible afectación de carácter psicótico.

Contenido del Pensamiento: ideas delirantes, ideación paranoide...

Percepción. Presencia de alucinaciones, ilusiones...

Lenguaje: (forma y contenido): tenso, suspicaz, verborreico, enlentecido, con disartria o disfemia (tartamudez).

Inteligencia: a través de las entrevistas clínicas se puede estimar un nivel de inteligencia general, aunque lo correcto es utilizar pruebas psicométricas adecuadas que permitan calcular el nivel intelectual y el índice de deterioro cognitivo que puede presentar el sujeto.

Memoria: de la entrevista se pueden obtener datos acerca de la memoria a corto y a largo plazo, así como de la existencia de dificultades para concentrarse y problemas para mantener la atención en una actividad selectiva.

4.2.5.- Fundamentos psicobiológicos

En el que incluyen los fundamentos médicos, biológicos o de otro tipo de información, que vamos a utilizar en las reflexiones. Se pretende ilustrar al tribunal sobre algo que nos servirá para documentar nuestra reflexión médica o reflexión médico legal. Es decir aportar información necesaria para que nuestras afirmaciones tengan validez científica en las conclusiones.

4.2.6.- ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

Habitualmente se exploran dos áreas: Personalidad e Inteligencia.

Los tests psicológicos más frecuentemente utilizados por nosotros son:

4.2.6.1.- Personalidad

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), que fue ideado por Hathaway y Mc-Kinley en la Universidad de Minnesota con objeto de contribuir al diagnóstico diferencial de las enfermedades mentales, aunque luego se observó su interés en el estudio de los rasgos de personalidad.

Está compuesto por 550 frases que el sujeto debe clasificar como verdaderas o falsas, referidas a sí mismo. El análisis de las respuestas conduce a un perfil de puntuaciones sobre las diez escalas principales que poseen nombres clínicos y que deben interpretarse psicológicamente: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía e introversión social.

Existen además cuatro escalas de validez: No sabe (?), Mentira (L), Fiabilidad (F) y Distorsión (K).

Por último, están las escalas secundarias, Fuerza del Yo, Dependencia, Dominancia, Responsabilidad y Control.

Varios autores han desarrollado numerosas escalas que figuran en manuales especializados: escalas de ansiedad, prejuicio, hostilidad, inadaptación social.

4.2.6.1.1.- Uso en los casos delictivos

Se ha discutido mucho sobre el uso del MMPI en las salas de los Tribunales, en especial en EEUU. Evidentemente si se acepta su uso, a menudo puede hacer variar de forma importante y además decisiva un caso delictivo.

Sin embargo el uso del MMPI, puede ser de gran ayuda, ya que puede sostener una defensa de un imputado, de manera que pueda demostrarse una enfermedad y consiguientemente una atenuante o un grado de imputabilidad.

El MMPI, puede dar una base fiable una variedad de opiniones especialistas en la litigación delictiva.

Por otra parte ya se usa cada vez mas los perfiles del MMPI, en casos judiciales en los que, para mostrar que es improbable que él o ella cometieran el crimen porque no presentan un perfil asesino.

Por ejemplo en Indiana la corte de apelación en el Estado de Byrd, 579 N.E.2d 457 (Ind.App. 1 Dist. 1991), permitió a la introducción de resultados de MMPI mostrando que el perfil psicológico del demandado delictivo era "a sabiendas" incoherente con el requisito mental de una persona capaz de asesinar.

El testimonio psicológico puede proporcionar el testimonio pertinente para ayudar al juez o a un jurado a decidir si el demandado tenía un estado mental normal en el momento de los hechos, o bien las características de la personalidad en el momento del suceso.

Por otra parte es uno de los pocos cuestionarios que a parte de tener una escala de fiabilidad, es susceptible de repetirse por la parte contraria y encontrar los mismos perfiles. Lo que lo hace más objetivo y por tanto aumenta su credibilidad.

4.2.6.1.2.- Test de Rorschach

Esta técnica fue publicada en 1912 y sigue siendo la que más se emplea en el momento actual.

El material del test consta de 10 láminas numeradas que presentan unas manchas de tinta simétrica, de las que la II y la III están en gris y rojo, las VIII, IX y X en varios colores y el resto en gris de diferentes tonalidades.

Se le pregunta al sujeto: ¿qué es lo que ve? o ¿qué es esto? En cada una de las láminas, anotando el tiempo de reacción, todas las respuestas del sujeto, los comentarios, gestos, etc.

Una vez recogido el protocolo de respuestas su análisis pasa por tres fases:

a) Notación, consiste en analizar la respuesta desde al menos cuatro aspectos: Localización, Determinantes, Contenido y Popularidad.

De esta manera la respuesta queda reducida a un conjunto de cuatro siglas que resumen las características y que varían de un sistema de notación a otro, aunque en el momento actual se impone el denominado sistema comprensivo de Exner.

b) Cómputo. En esta fase se obtiene el psicograma o síntesis cuantitativa de los resultados.

c) Valoración. La fase de valoración, por último exige descubrir los signos que definen el nivel intelectual del sujeto, su estado afectivo, los rasgos de su personalidad, sus complejos y fantasías inconscientes y los indicadores de algún síndrome psicopatológico: demencia, esquizofrenia, manía, depresión, neurosis, síndromes orgánicos, etc.

4.2.6.2.- Inteligencia

4.2.6.2.1- Escala de inteligencia de wechsler para adultos WAIS

La Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (W.A.I.S.) y su versión para niños (WISCH) es el más utilizado del mundo como instrumento de medida de la inteligencia. En realidad se trata de una batería de tests, es decir, están formados por varias pruebas de diferente tipo.

Están inspirados en los que utilizaron Binet y Simon revisadas posteriormente por Terman y Merrill en la Universidad de Stanford.

La forma WAIS (adultos) consta de 11 subtests divididos en:

- Subtests verbales: Información, comprensión, aritmética, semejanzas, memoria de dígitos y vocabulario.

- Subtests manipulativos: clave de números, figuras incompletas, cubos de Kohs, historietas y rompecabezas.

La aplicación de esta prueba nos permite obtener:

- Un CI verbal, derivado de la suma de todos los subtests verbales.
- Un CI manipulativo, obtenido de la suma de los subtests manipulativos.
- Un CI Total , resultante de la valoración de toda la prueba.
- Un Índice de Deterioro Intelectual.

4.2.6.2.2.- Escala de Alexander

Esta escala aprecia la inteligencia práctica, facilidad de adaptación a distintos ambientes y situaciones y la aptitud para llevar a la prácticas las enseñanzas teóricas. Está compuesta por tres pruebas, dos de ellas ya clásicas: Cubos de Kohs y Construcción de Cubos; y otra, Passalong, original. Está considerada por diferentes autores como una de las mejores escalas de ejecución y ha sido aplicada con mucho éxito tanto en España como en el extranjero .

La prueba de Passalong puede ser aplicada aisladamente como una estimación de la inteligencia práctica. Según Cattell, esta es una de las mejores de ejecución pues no implica destreza manual, no está afectada por experiencias anteriores y tiene, además, una alta correlación con los tests de inteligencia.

4.2.6.3.- Otras escalas

- ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD
- ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN
- MINI-MENTAL STATE TEST

Consiste en una breve escala para valoración de las funciones cognitivas que ha demostrado su utilidad en la detección precoz de las alteraciones en dichas funciones y que muestra buena correlación con instrumentos de inteligencia psicométricos (WAIS).

Valora las funciones de orientación temporo-espacial, memoria inmediata y reciente, atención, cálculo, capacidades viso-construktivas y algunos aspectos del lenguaje.

La puntuación máxima en esta escala es de 30 puntos, considerándose puntuaciones por debajo de 24 como indicativas de deterioro intelectual grave y entre 24 y 28 de deterioro leve. En pacientes de más de 65 años de 20 a 24 puntos orienta hacia un deterioro leve y de 16 a 20 puntos de deterioro grave.

Esta escala ha sido validada en lengua castellana (Lobo y cols. 1989).

4.3.- PARTE REFLEXIVA

4.3.1.- Consideraciones clínicas

En este apartado se realiza una integración de todos los datos obtenidos anteriormente, entrevistas realizadas al sujeto, a los familiares, testigos, etc. resultados de los estudios psicológicos prácticas y resultados de otras pruebas médicas complementarias que se haya considerado oportuno practicar.

En base a ello se establece una conclusión en forma de diagnóstico que debe ajustarse a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10.

La DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases), actualmente se encuentra en su cuarta edición. Igualmente exacta es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10. Entre ambas clasificaciones existen importantes analogías siendo casi equiparable el uso de una u otra.

La ventaja de utilizar estas clasificaciones es obvia ya que obliga a objetivar el diagnóstico y permite un entendimiento entre los distintos especialistas.

Se debe indicar si dicha enfermedad o trastorno es de tipo endógeno, o bien es reactivo a alguna situación vivencial del sujeto; además es conveniente establecer el curso de dicho trastorno y el pronóstico del mismo.

El diagnóstico sería la piedra angular de la pericia, aunque no es el objetivo primordial de la misma, que es, como es bien sabido, la evaluación de la conducta.

4.3.2.- Consideraciones médico-legales

Se incluiría aquí todo el resultado de la pericia llevada a cabo, y fundamentalmente respondiendo a lo preguntado por la autoridad o parte que solicitó el informe.

Es en este apartado donde tendremos que establecer las relaciones de sentido entre la conducta y la enfermedad.

Así es necesario establecer si el trastorno o enfermedad anteriormente diagnosticado (si lo hubiere) o si la situación vivencial en el momento de los hechos produjo una disminución, anulación y discreto descenso de su capacidad de querer, entender y obrar y si hubo una disminución del nivel de conciencia de la realidad en esos momentos.

En general, se recomienda que el perito no maneje términos como imputabilidad, semiimputabilidad, y otros términos legales, cuyo manejo debe reservarse para interpretación del jurista.

Se incluyen también en este apartado otras cuestiones en relación a la finalidad del informe: peligrosidad potencial, fiabilidad de las declaraciones, conveniencia de internamientos, de tratamientos, etc.

4.4.- CONCLUSIONES (Núñez de Arco 2004, en Barral y cols.)

Las conclusiones deben recoger de forma clara y concisa todo lo argumentado a lo largo del informe. En general debe responder a una serie de cuestiones:

- Diagnóstico: ajustándose a las nosografías en uso (DSM-IV y CIE-10)
- Padece el informado una enfermedad Mental?
- En qué medida dicho enfermedad afecta a funciones psíquicas
- Si ha sido coincidente con los hechos
- Si está vinculado a los hechos
- Otras cuestiones concretas que se pregunten (imputabilidad, capacidad de autocontrol, peligrosidad, necesidad de tratamiento o medidas de protección, etc.).

Las conclusiones tienen gran importancia, por lo que es preciso una redacción que permita por un lado: sintetizar nuestra opinión profesional, por otra que se entienda no sólo por los Jueces Técnicos sino por los Jueces populares o por un Jurado no técnico.

