



Especialista en psicopatología clínica



www.isfap.com • info@isfap.com

TEMA XII. DISCAPACIDADES

El concepto de discapacidad

El desarrollo y progreso social de los últimos años en el mundo occidental, ha puesto de manifiesto una convergencia política desde muy distintos puntos de vista, sobre un modelo que conocemos como “Estado del Bienestar”. Este modelo incorpora el concepto de calidad de vida como un claro objetivo de progreso político. En este contexto son muchos los parámetros utilizados para definir la calidad de vida, pero son seguramente los asistenciales y los servicios sociales, los que determinan el índice de mayor sensibilidad.



Es en este contexto donde la discapacidad se pone de manifiesto como un parámetro irrenunciable en la medida de la calidad de vida y, por tanto, en el estado del bienestar.

Esta preocupación determinó la aparición de la I.C.I.D.H.-80,

International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps en la que la discapacidad constituye un concepto generalizado y universal: una restricción o ausencia de la capacidad conductual de un individuo para la ejecución normal de una determinada actividad. Aunque el concepto es perfectamente claro, su adecuación generalizada abre divergencias y diferencias que se corresponden con contextos propios y roles particulares, que hacen su uso comparativo y paramétrico muy difícil. Se abrió un periodo de replanteamiento que culminó con la difusión por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) del trabajo de Cooper denominado I.D.H.-93, **Impairments, Disabilities, and Handicaps**, en el que el concepto de discapacidad se sitúa ante la restricción, ausencia o desventaja en la expresión explícita de una o varias habilidades personales en un contexto social determinado. Esta definición presupone la existencia de una deficiencia que, en su

sentido más amplio, incluye la anormalidad estructural, funcional y/o adaptativa, de manera que normalmente precisamos y objetivamos el déficit cuando nos referimos a una alteración precisa y concreta, y la discapacidad a la consecuencia conductual que a su vez se refiere tanto a su desarrollo como a su adaptación.

Posteriormente, la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías** de 1980 entró en proceso de revisión, del que surgió la CIDDM-2: **Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación**. Versión β -1 para experimentación, Ginebra, 1997. Esta versión fue sometida a ensayos sistemáticos y consultas hasta 1999, publicándose su versión definitiva una vez conocidos los resultados de los mismos.

Algunos de sus aspectos más importantes de esta versión β -1 son que la clasificación debe abarcar todas las posibles consecuencias de la enfermedad y procesos funcionales, esto es, estructuras, funciones, actividades, participación y factores de contexto/ambientales, siendo las categorías mutuamente excluyentes.

Una de las novedades introducidas en la versión β -1 de la CIDDM-2 es que los conceptos se definen en términos prácticos, y se abarcan los aspectos tanto positivos como negativos de cada dimensión.

En la versión β -2 de la CIDDM-2, la dimensión “Deficiencia” se divide en dos:

- Función

- Estructura

La dimensión “Discapacidad” se ha sustituido por la dimensión de “*Actividad*”; y la “Minusvalía” se ha reformulado como “Participación”. Los términos que se utilizan se expresan de una manera neutral para evitar el desprecio y la estigmatización.

La nueva revisión ha terminado en la aparición de la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, mayo de 2001)** Los dominios

de esta última clasificación se describen desde la perspectiva corporal, individual y por medio de dos listados básicos:

- Funciones y Estructuras Corporales.
- Actividades-Participación.

El concepto de “funcionamiento” se considera un término global que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación, y el de “Discapacidad” abarca las Deficiencias, Limitaciones en la actividad o Restricciones en la participación.

No obstante, en la actualidad no es ya tan importante la cuantificación de la población discapacitada, si no la integración comunitaria plena, lo cual requiere, no sólo de una normativa legal y una sensibilidad política, sino también de una metodología y técnicas pluridisciplinarias y multidimensionales que sean, en última instancia, capaces de afrontar el reto de su propia definición y ante todo la actitud social sobre la discapacidad y desde el discapacitado.

Se hace, por tanto, imprescindible, la confluencia de los aspectos humanos, técnico-metodológicos y legales. El componente humano se basa esencialmente en estereotipos y,



normalmente, responde a una imagen social más bien rígida en la que las asociaciones entre casos se corresponden con la sensibilidad del que la realiza, y no de un conocimiento técnico, por lo que asume y exige una respuesta legal de tipo discontinuo.

Hay, pues, que incorporar un marco técnico cada vez más desarrollado que sea capaz de discriminar en una expresión continua de la discapacidad diferentes grados de afectación.

Afortunadamente el marco técnico empieza a normalizarse a partir de la **Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (OMS, 1980; INSERSO, 1983)** y el programa de acción mundial para las personas con discapacidades, aprobado por la Asamblea General de la ONU. –Tres de Diciembre del ochenta y dos -.

Es el marco legal, el que debe servirse de los factores anteriores y particularmente de los técnico-metodológicos, por la enorme trascendencia que constituyen sus resoluciones y el abanico sobre protección, cobertura, ayudas, indemnizaciones, tutelas, etc., al deber plasmar los diferentes grados de afectación de una discapacidad en las consecuencias que de tipo cultural, social, económico y ambiental tiene para el discapacitado, así como, la pérdida o limitación de oportunidades de participar del modelo social en que se desenvuelve el discapacitado.

Existe pues, una acuciante necesidad de normalizar o cuando menos tratar de uniformizar, los modelos globales de comportamiento que especifiquen el tipo de grado y relación existente entre la conducta adaptativa definida por la independencia personal, responsabilidad social, criterios de desarrollo, influencias culturales, etc., y las competencias personales definidas por la inteligencia, memoria, pensamiento, habilidades, roles sociales y expectativas. Es, precisamente, en esa relación, donde debemos basar la evaluación profesionalizada con las máximas garantías de ecuanimidad y competencia.

El hilo conductor más consistente en esta dinámica ha sido la evitación de la enfermedad, pero sin duda esta circunstancia establece la presencia consustancial de taras y deficiencias indudablemente partícipes del propio modelo.

Es seguramente motivo suficiente para que deba interpretarse, no ya la salud individual como una premisa de la función pública, sino la salud social o colectiva; y esta condición adquiere unas dimensiones jurídicas en todos los campos del Estado de Derecho - Penal, Civil, Laboral-, lo que a su vez acumula una zona jurisprudencial de sentencias, unas veces para aclarar o

completar los conceptos y, otras, para pedir nuevas aportaciones y argumentos, complican el propio concepto.

La propia Constitución Española en su artículo 43 reconoce el derecho a la salud: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos”.

Si hacemos referencia al concepto de enfermedad nos aproximemos decididamente hacia las discapacidades. Tradicionalmente, se ha contemplado la enfermedad como algo perfectamente establecido y no se ha diferenciado suficientemente al enfermo de la enfermedad, de tal manera que la forma de abordar el problema sanitario es muy distinta. La enfermedad se aborda con técnicas y metodologías adecuadas a un diagnóstico concreto y en un determinado período de tiempo. No así el enfermo, quien se ve afectado en su trabajo, relaciones, afectividad, etc., y sus allegados o personas con las que convive y de las que, justo en este momento, depende. Estas consecuencias son tanto más importantes cuanto lo es la propia enfermedad.

Desde este concepto que hemos presentado sobre la discapacidad, se presenta una divergencia con respecto a dos grandes campos de actuación: el ámbito social y el judicial.

Ámbito social: Valoración de las discapacidades.

En el ámbito social la meta es la integración, si bien establece como objetivo principal la aplicación de un conjunto de medidas compensatorias que se definen como prestaciones y que, además de plantearse desde una deficiencia física, músculo-esquelética, sensorial, visceral o múltiple, contempla específicamente la discapacidad psíquica desde el retraso mental o la enfermedad mental.

Retraso mental.

Se define como una capacidad intelectual general significativamente inferior a la media, que se debe acompañar por limitaciones de la capacidad adaptativa tanto en su afrontamiento de las actividades de la vida diaria como en la autonomía personal esperables en el grupo de edad, origen sociocultural y comunidad, correspondientes.

Es una categoría diagnóstica definida arbitrariamente, que ha cambiado mucho y frecuentemente a lo largo de la historia - Landesman y Ramey, 1989-. De las concepciones biologicistas iniciales se pasó a principios del siglo XX a las concepciones exclusivamente psicométricas, que establecieron un límite arbitrario desde el que se empezó a denominar a las personas como “retrasados mentales”. Después se ha avanzado a una concepción multidimensional del retraso mental que se recoge por primera vez en la definición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM).

Verdugo, 1995, expone claramente las tres principales tendencias en la definición del retraso mental:

- 1.El retraso mental como la incompetencia para satisfacer las demandas de la vida.
2. El retraso mental como explicación funcional es la falta de habilidad cognitiva general.
3. Por último aparecería la tendencia basada en la etiología orgánica.

En el siglo XX el concepto de retraso mental ha sido estudiado desde diferentes enfoques:

Psicométrico.

- Evolutivo.

- Psicodinámico.

- Cognitivo.

- Análisis funcional.

Desde el punto de vista aplicado, los diferentes modelos han evolucionado desde los criterios psicométricos, que únicamente contaban con el CI, hasta incorporar los aspectos de adaptación social.

La AARM en 1983 definió el retraso mental como “limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que, generalmente coexiste resulta o va asociado con déficit concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo”. Un funcionamiento intelectual por debajo de la media se refiere a una puntuación de 70/75 o



menos en las medidas estandarizadas de inteligencia. El déficit en conducta adaptativa se refiere “a la calidad del funcionamiento diario afrontando las demandas ambientales”, lo cual se define como “limitaciones significativas en la eficacia

individual en satisfacer los patrones de maduración, aprendizaje, independencia personal y responsabilidad social esperados para su edad y grupo cultural, tal como se determinan por evaluación clínica y, frecuentemente, por escalas estandarizadas”. Esto lleva a plantear una clasificación de la conducta adaptativa en tres etapas evolutivas:

- La infancia o niñez temprana: desarrollo de habilidades sensoriomotoras, comunicación, autoayuda y socialización
- Adolescencia temprana: aplicación de habilidades académicas básicas a la vida diaria, aplicación de juicio y razonamiento apropiados en el dominio del ambiente y habilidades sociales.

- Adolescencia tardía y edad adulta: ejecuciones y responsabilidades sociales y profesionales.

Según la definición de la AARM de retraso mental como categoría diagnóstica se asumirían los siguientes postulados:

- Una evaluación válida ha de considerar la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en aspectos comunicativos y conductuales.

- La existencia de limitaciones en habilidades adaptativas debe tener lugar en un contexto comunitario para iguales y requerir apoyos individualizados.

- En ocasiones coexisten, junto a las limitaciones adaptativas específicas, ciertas potencialidades en otras áreas adaptativas.

- Generalmente, el funcionamiento de la persona con retraso mental mejorará con apoyos apropiados en un periodo de tiempo continuado.

El diagnóstico se debe realizar desde un enfoque multidimensional, ya que la nueva definición está basada de este modo y pretende ampliar la conceptualización de retraso mental, evitar la desconfianza depositada en el CI como criterio para asignar el nivel de retraso mental y relacionar las necesidades individuales del sujeto con los niveles de apoyo apropiados. Se pretende describir los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas del individuo a las demandas presentes, a los cambios del entorno y a las intervenciones educativas y terapéuticas. La AARM establece cuatro dimensiones de evaluación:

Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas

Dimensión II: Consideraciones psicológicas/emocionales

Dimensión III: Consideraciones físicas/salud/etiológicas

Dimensión IV: Consideraciones ambientales

El nivel de funcionamiento intelectual debe determinarse por un profesional cualificado, debe realizar un examen psicológico de la inteligencia conceptual del individuo.

En cuanto a las habilidades adaptativas, podemos diferenciar diez, cada una compuesta por un amplio rango de competencias. Esto ofrece la posibilidad de evaluar de manera más precisa y especificar destrezas y áreas afectadas. Son las siguientes:

Actividades cotidianas

Comunicación: Habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información por medio de comportamientos simbólicos (palabras, símbolos gráficos, lenguaje de signos) o comportamientos no simbólicos (expresión facial, gestos)

Autocuidado: Habilidades relacionadas con el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.

Habilidades de vida en el hogar: Relacionadas con el funcionamiento del hogar (cuidado de la ropa y de hogar, comidas, etc.)

Habilidades sociales: Relacionadas con intercambios sociales: iniciar y mantener interacciones, proporcionar feedback, controlar impulsos, adecuar conductas a las normas, comportamiento sociosexual apropiado, ayudar a otros, etc.

Utilización de la comunidad: Habilidades relacionadas con un uso adecuado de los recursos de la comunidad: transporte, grandes almacenes, escuelas, tiendas, eventos culturales, etc.

Autodirección: Habilidades relacionadas con realizar elecciones, aprender horarios, completar tareas, buscar ayuda en caso de que se necesite, etc.

Salud y seguridad: Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud (comer, identificar síntomas de enfermedad, primeros auxilios, sexualidad, chequeos médicos, hábitos personales, etc.) y con el mantenimiento de la seguridad (seguir reglas y leyes,

cruzar calles, buscar ayuda, etc.)

Académicas funcionales: Habilidades cognitivas y las relacionadas con aprendizajes escolares que tienen aplicación directa en la vida (leer, escribir, etc.).

Ocio y tiempo libre: Hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio. Las habilidades incluyen elecciones e intereses de la propia iniciativa, utilización y disfrute de oportunidades de ocio, jugar socialmente con otros, etc.

Trabajo: Habilidades relacionadas con poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, en términos de habilidades laborales específicas, conducta social adecuada, etc.

En cuanto a las consideraciones psicológicas y emocionales, el hecho es que entre un 20 y un 35% de personas no institucionalizadas con retraso mental suelen ser diagnosticadas como “enfermos mentales”.

Por lo que respecta a las consideraciones físicas, de salud y etiológicas, los problemas de salud de estas personas no son en sí mismos distintos a los que puedan presentar las personas sin retraso mental, pero sus efectos sí pueden ser diferentes, debido a los ambientes en los que se deben desenvolver y a sus limitadas habilidades de afrontamiento.

Consideraciones ambientales: son muy importantes en esta nueva conceptualización, ya que puede facilitar o impedir el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción de la persona. Los entornos saludables deben proporcionar oportunidades, fomentar el bienestar y promueven la estabilidad, Schalock y Kiernan en 1990.

Ateniéndonos al RD 1971/1999, de 23 de diciembre, los aspectos que se deben evaluar son:

- Psicomotricidad.
- Habilidades de la autonomía personal y social.

- Proceso educativo.
- Proceso ocupacional laboral.
- Conducta.

Según este Real Decreto, será el criterio profesional el que determine la posible minusvalía en función de la no sociabilidad, formación y adaptación. La percepción del Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos dependerá de la no posibilidad para desempeñar un trabajo competitivo y la ayuda de tercera persona estará condicionada por el grado de autonomía personal adquirida.

La valoración se lleva a cabo por medio de test de inteligencia y otras baterías adaptadas a este tipo de población, siempre complementando los resultados de estos instrumentos con otro tipo de informaciones – véase informes previos -.

Como el motivo final de la valoración es evaluar la ejecución de las AVC, es importante recabar información de familiares y personas que conozcan su desempeño.

Aspectos a explorar en una persona con retraso mental

Exploración de la persona: Tratar de delimitar las características de la historia del desarrollo y del funcionamiento actual. Los aspectos para evaluar son:

- Antecedentes: embarazo, nacimiento y parto; presencia de enfermedades o accidentes; antecedentes familiares; tratamientos; historia de desarrollo evolutivo; alimentación, sueño; hitos evolutivos; presencia de trastornos mentales y del comportamiento; acontecimientos vitales; historia educativa; escolarización; apoyos educativos; grado de formación; historia laboral; ámbito laboral (talleres protegidos, empleo con apoyo, empleo normalizado...); trabajos desarrollados (actividades y tareas); apoyos recibidos para el empleo; otros datos.
- Funcionamiento actual: nivel de autonomía; sistema comunicativo; sistema cognitivo; sistema afectivo; estilo de vida; rasgos de personalidad; actitudes, valores y creencias.

Exploración del contexto familiar: Datos de identificación de los miembros de la familia; condiciones del hábitat; condiciones socioeconómicas; pautas educativas utilizadas; relaciones intrafamiliares; actitudes y expectativas hacia la persona; necesidades

expresadas; acontecimientos familiares significativos; comportamiento en el contexto.

Exploración del contexto escolar/laboral: datos de identificación del contexto escolar/laboral; tipos de tareas y actividades; apoyos que recibe; actitudes frente al contexto, compañeros y superiores; necesidades expresadas del sujeto respecto al contexto escolar/laboral; comportamiento en el contexto.

Exploración del entorno comunitario inmediato: datos de identificación del entorno comunitario; conocimiento de los servicios comunitarios; frecuencia de uso de los servicios; independencia personal en la comunidad; actitudes frente al contexto comunitario; comportamiento del sujeto en el contexto.

Metodología evaluativa para personas con retraso mental

Observación

Entrevista

Pruebas:

1) Pruebas de inteligencia

- ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA ADULTOS (WAIS-III): Última revisión y adaptación de la clásica escala de inteligencia para adultos de Wechsler. Permite obtener Cocientes de Inteligencia (Verbal, Manipulativo y Total), así como cuatro índices específicos: Comprensión verbal, Organización perceptiva, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.
- ESCALA MANIPULATIVA INTERNACIONAL DE LEITER-R: Es una escala que permite evaluar la inteligencia de una manera muy efectiva y que está libre de aspectos culturales y lingüísticos, por lo tanto, se puede utilizar como alternativa a la WAIS-III cuando el sujeto tiene dificultades de lenguaje.
- K-BIT. TEST BREVE DE INTELIGENCIA DE KAUFMAN. Mide la inteligencia verbal y no verbal en niños, adolescentes y adultos. Consta de dos subtest: Vocabulario y Matrices.
- MSCA. ESCALAS MC CARTHY DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD PARA NIÑOS: Evalúa aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño.
- MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

2) Pruebas neuropsicológicas

- DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS (LURIA-DNA): Es una de las pruebas más utilizadas en la determinación de trastornos específicos en el funcionamiento de los sistemas neurológicos que sustentan las actividades cognitivas.
- CAMDEX: Es una prueba que en su origen sirve para determinar el grado de demencia de la

población anciana. La parte cognitiva (CAMCOG) se tarda menos en pasar que el Luria-DNA y se puede utilizar en sujetos con dificultades específicas para la desarrollar de la anterior, ya sea por problemas atencionales o del comportamiento.

3) Pruebas de habilidades específicas

- TEST DE APTITUDES MECÁNICAS DE MACQUARRIE: Es una sencilla escala que puede ser aplicada de forma individual y que proporciona información sobre las habilidades relacionadas con precisión y rapidez manual.
- BATERIA DEL LENGUAJE OBJETIVO Y CRITERIAL (BLOC): Una de las mayores dificultades que pueden tener la personas objeto de evaluación suele estar relacionada con aspectos del lenguaje o el habla. Esta escala se utiliza para hacer una estimación de la competencia lingüística.

4) Pruebas de apoyo interpersonal

- CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (CAS): Es una prueba sencilla y de nivel de dificultad apropiado a las personas que tienen un déficit cognitivo. Mide el apoyo social en cuanto a tipo y números de apoyos y el grado de satisfacción del individuo con ellos.
- ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL APOYO INTERPERSONAL (ISEL): Consiste en una escala de 40 ítem relativos a la disponibilidad percibida de los recursos sociales potenciales.

5) Pruebas de funcionamiento adaptativo y actividades de la vida diaria

- INVENTARIO DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS (ICAP): El test ICAP permite recoger información relevante de una manera estructurada, valorar su conducta adaptativa y problemas de conducta en relación a la población general y estimar el grado de apoyo, intervención o supervisión que precisaría.
- ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND (Doll, 1964): Mide áreas como autoayuda, autodirección, ocupación, comunicación, locomoción y socialización.
- ESCALA DE CONDUCTA ADAPTATIVA DE AAMD (Nihira, Foster, Sheellhaas y Leland, 1974): Para sujetos institucionalizados con deficiencia mental, mide habilidades básicas de supervivencia y las conductas desadaptadas.
- ESCALAS DE BALTHAZAR (1971, 1973): Para evaluar retrasos mentales severos y profundos institucionalizados, niños con retrasos más leves y con problemas emocionales. Mide habilidades de autoayuda y conductas desadaptadas.

En el baremo actual, quedan establecidos cuatro niveles de retraso mental en función de la capacidad intelectual:

- Capacidad intelectual límite.
- Retraso mental leve.
- Retraso mental moderado.
- Retraso mental grave y/o profundo.

Capacidad intelectual límite.

El baremo lo define objetivamente por un CI = 70-80 (Unidades = 15-29). En el área de Psicomotricidad y Lenguaje, se observa un retraso ligero en el desarrollo motor y en la adquisición del lenguaje, que implica de manera más consistente a las tareas que requieren gran precisión. El lenguaje oral presenta un retraso sintáctico y semántico leve, con un escaso grado de abstracción y el pensamiento es lento y dependiente de la acción.

Las Habilidades de Autonomía Personal y Social apuntan a la total autonomía personal, con una capacidad para organizar la vida cotidiana, utilizar recursos comunitarios y respetar las normas sociales. Muestra limitaciones en el establecimiento de relaciones sociales, pero mantiene sus amigos. Se adapta lentamente en entornos ajenos al suyo.

Proceso Educativo: se aprecia lentitud en la adquisición de contenidos en parte debido a la atención dispersa y la baja concentración y motivación; además muestra dificultades para utilizar técnicas instrumentales básicas. Puede conseguir el graduado escolar o equivalente con apoyo pedagógico y la Formación Profesional Especial Adaptada.

Proceso Ocupacional Laboral: muestra graves dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo, por su bajo rendimiento, pero lleva a cabo actividades sin responsabilidad sin que tenga que tomar la iniciativa. Por ello, su rendimiento mejora en Centros Especiales de Empleo. En su tiempo libre es independiente.

La conducta es normalmente adaptativa, aunque muestra inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, inseguridad y poca iniciativa, por lo que requiere cierto control sobre la misma.

Retraso mental leve.

Se define objetivamente por un CI = 51-69 (Unidades = 30-59). En Psicomotricidad y Lenguaje, muestra un retraso evolutivo sensomotor, que se cubre con la edad. Fracasa en la integración



del esquema corporal, muestra dificultades en tareas de precisión y coordinación, así como en el habla y el lenguaje que aparece retraso tanto en la adquisición como en la evolución y pobreza de vocabulario. En general, el pensamiento y la acción son lentos o precipitados, aunque comprende

órdenes complejas.

Habilidades de Autonomía Personal y Social: es capaz de organizar la vida cotidiana con supervisión y colabora en las tareas familiares. Prefiere relacionarse con personas de menor edad, el núcleo de referencia es su ambiente más próximo; muestra dificultad para anticiparse a peligros.

Proceso Educativo: presenta un ritmo de aprendizaje no constante, en parte debido al déficit de atención y concentración, aunque puede alcanzar las primeras etapas del período operacional concreto. Puede adquirir técnicas instrumentales, lecto-escritura comprensiva a niveles muy elementales siempre con apoyo pedagógico. En las aulas de Formación Profesional Especial adquiere habilidades manipulativas básicas.

Proceso Ocupacional Laboral: se integra en Centros Ocupacionales o Centros Especiales de Empleo ya que desarrolla tareas manipulativas rutinarias. Muestra un ritmo inconstante e incapacidad para organizar y planificar su tiempo libre

En la conducta destaca su inseguridad y poca iniciativa a la hora de realizar actividades, aunque reitera en lo que supone una dificultad. Muestra labilidad emocional y pautas de heteroagresividad, sobre todo verbal, ante la frustración.

Retraso mental moderado.

En el baremo viene definido por un CI = 35-50 (Unidades = 60-75). En la Psicomotricidad y Lenguaje, no llega a la adquisición motriz plena y muestra retraso en el control postural. La destreza manual se encuentra reducida, así como el vocabulario, en general, el lenguaje tiene errores, así como el habla y el reconocimiento de imágenes y objetos.

Habilidades de Autonomía Personal y Social: necesita supervisión en las AVD, pero colabora en tareas del hogar sencillas. Sus relaciones sociales se ciñen a iguales y adultos que les proporcionan seguridad, siempre dentro de su ámbito. Muestra dificultad para aceptar normas sociales y no anticipa el peligro en situaciones no habituales.

Proceso Educativo: alcanza, aunque tardíamente, el período preoperacional y aprende conceptos básicos referidos a situaciones concretas manteniendo la atención, una vez que se le ha adiestrado. Se integra en Centros ordinarios y Centros específicos, con apoyo educativo y, en aulas de aprendizaje de tareas se inicia en habilidades manipulativas básicas.

Proceso Ocupacional Laboral: se enmarca en Centros Ocupacionales, donde lleva a cabo tareas repetitivas bajo supervisión y ayudas ocasionales. En su tiempo libre necesita asistencia.

Respecto a la conducta, reclama atención y cariño constantemente. Su afectividad y sexualidad son desinhibidas, más concretamente, la primera es ciclótica y voluble. Tiene comportamientos agresivos y trastornos de adaptación si se alteran sus hábitos.

Retraso mental grave y/o profundo.

Se define por un CI = 34 a 20 (Unidades = 76). En este caso los baremos distinguen entre los síntomas que apunta a un trastorno severo o profundo.

La Psicomotricidad y Lenguaje severa se caracteriza por la adquisición de la marcha, aunque el sentido cinestésico y el equilibrio sean deficientes. Manipula objetos, se comunica a través de palabras-frases y comprenden órdenes. Para considerarla profunda, consideran que puede adquirir la bipedestación o la marcha, alcanzar la manipulación burda de objetos y comprender órdenes sencillas. En este caso la comunicación es muy primaria, mediante gritos y llantos, y tiene dificultades para mantener el contacto visual.

Habilidades de Autonomía Personal y Social: se consideran severos cuando tienen dependencia en las AVD. Control de esfínteres deficiente, reconoce a personas habituales con las que mantiene una interacción básica y se desplaza en lugares conocidos con un fin utilitario. Se considera profundos, la dependencia total para las AVD, no controlar de esfínteres y sin relaciones sociales, salvo el reconocimiento de familiares muy habituales.

Proceso Educativo: los signos considerados severos apuntan a la superación del aprendizaje sensorio-motriz, iniciándose en adquisiciones básicas pre-conceptuales. Se integran y realizan actividades de pre-taller en Centros específicos de Educación Especial. Por otro lado, aprendizajes de tipo sensorio-motriz y la permanencia en Centros asistenciales son considerados como profundos.

Proceso Ocupacional Laboral: pueden integrarse en pre-talleres de Centros Ocupacionales y realizan las tareas de manera mecánica y poco tiempo, aunque requieren apoyo para la ejecución de tareas sencillas y para el uso de su tiempo. Los considerados profundos permanecen en Centros Asistenciales.

En los severos la Conducta es muy dependiente, con manifestaciones de agresividad, conductas impulsivas, estereotipias, distanciamiento ocasional de la realidad y presentan

conductas de autoestimulación sexual; los profundos aparecen como desconectados del ambiente, estereotipias y frecuentes conductas autolesivas y auto-estimulatorias.

Enfermedad mental

Según aparece en el BOE del 13 de marzo de 2000, los baremos, basándose en las clasificaciones internacionales como el CIE-10 y DSM-IV, definen trastorno mental como el “conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración”.



Para realizar la valoración de la discapacidad se utilizan los informes médicos psiquiátricos y psicológicos previos, los tests específicos para trastornos:

-MMPI de Hathaway y McKinley.

-Mini Internacional Neuropsychiatry Interview (MINI) de Sheehan y Lecrubier,

-Otras informaciones que provienen de la propia entrevista con el paciente y con familiares o personas cercanas.

Para el dictamen se tendrán en cuenta tres puntos:

- 1) La disminución de la capacidad para llevar una vida autónoma: se debe estudiar por medio de las actividades en relación con el entorno y de cuidado personal.
- 2) Disminución de la capacidad laboral: los aspectos a valorar son déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas, y el deterioro o

descompensación en la actividad laboral por una dificultad en la adaptación a las circunstancias estresantes.

3) El ajuste a una sintomatología psicopatológica universalmente aceptada: se considerará la evidencia razonable de síntomas, la posibilidad de establecer criterios de provisionalidad, la posibilidad de solicitar informes psiquiátricos y/o psicológicos complementarios, el ajuste de la valoración al tipo de trastorno, teniendo en cuenta el criterio de gravedad y, por último, destacar que la dependencia a sustancias psicoactivas no se valorará en sí misma, sino las patologías asociadas.

Se especifican los criterios de valoración que se deben estudiar en cada trastorno para establecer el grado de discapacidad. El criterio general apunta que la persona además de presentar la sintomatología de cada trastorno debe tener disminuida su capacidad funcional, en caso de que este criterio no se cumpla se incluirá en la Clase I, y la valoración será 0%. Los criterios específicos se refieren a los tres requisitos anteriormente explicados y en función de la gravedad se distinguen cuatro Clases, sin contar la Clase I:

Clase I (0%). Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase II: Discapacidad leve (1-24%).

a) Está levemente disminuida la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma, excepto en periodos de crisis o descompensación.

b) La actividad laboral está normalizada en periodos de aumento de estrés, aunque puede ser necesario un periodo de reposo laboral y tratamiento.

c) Cumplir los criterios diagnósticos, sin que haya síntomas que excedan los mismos.

Clase III: Discapacidad moderada (25-59%).

a) Está moderadamente disminuida la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma. Se necesita tratamiento y medicación de manera habitual, pero si la sintomatología persiste se tenderá al extremo superior del intervalo si interfiere notablemente en las actividades, y al extremo inferior si esto no es así.

b) Las dificultades se agudizan en los periodos de crisis, pero fuera de ellos la persona puede realizar un trabajo adaptado o en un Centro Especial de Empleo (extremo inferior del intervalo) o sólo puede llevar a cabo tareas ocupacionales con cierta supervisión en Centros Ocupacionales (extremo superior)

c) Algunos síntomas exceden los criterios diagnósticos.

Clase IV: Discapacidad grave (60-74%).

a) Están gravemente restringidas las AVC, requiriendo bastante supervisión en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b) La capacidad laboral no puede ser normalizada debido a las deficiencias en el mantenimiento de la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de tareas. La ejecución de actividades ocupacionales es pobre.

c) Se constatan todos o casi todos los criterios diagnósticos requeridos, o algunos son especialmente graves.

Clase V: Discapacidad muy grave (75%).

a) El sujeto es incapaz de cuidar de sí mismo, necesitando una tercera persona de manera constante.

b) No pueden desempeñar ningún trabajo, ni en Centros Ocupacionales supervisados, aunque pueden integrarse en Centros que promueva el paso a los mismos.

c) Todos los síntomas exceden los criterios diagnósticos, o algunos son extremadamente graves.

En función de estos criterios generales de funcionalidad se especificará el grado de discapacidad en los trastornos que los baremos del Real Decreto 1971/1999 distinguen:

- Trastornos mentales orgánicos.
- Esquizofrenias.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de personalidad.

La discapacidad en el ámbito judicial

La estructura social trata de mantenerse mediante un ordenamiento legal, estableciendo



legislador las normas de comportamiento de los individuos de la sociedad.

La figura del Juez está como árbitro de valoración y sanción de la conducta, por lo que hace uso, en principio, del sentido común y de las exigencias normativas,

aunque utiliza también las estrategias judiciales de atribución, antecedentes, etc., No

obstante, cada vez más es más necesaria la figura de un profesional de la psicología para que asesore estas vicisitudes; los expertos son quienes pueden aclarar algunas de las causas que comportan los sujetos en sus actos.

Aparece el psicólogo forense oficial caracterizado, en la Resolución de 10-06-1991 de la Dirección General de Trabajo y Migraciones, como “...el trabajador que con título universitario superior en Psicología o especialidad en esta materia, bajo la dependencia funcional del órgano al que está adscrito, desempeña funciones de asesoramiento técnico en los Tribunales, Juzgados, Fiscalías y órganos técnicos en materia de su disciplina profesional.

Su actuación se refiere a la exploración, evaluación y diagnóstico de las relaciones y pautas de interacción, aspectos de la personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes y otros aspectos de esta especialidad de las personas implicadas en los procesos judiciales de quien se solicite el correspondiente informe psicológico, por los respectivos responsables de los órganos citados, así como la colaboración con los restantes miembros de los equipos técnicos para el desarrollo de las citadas funciones”.

Es el responsable de efectuar la prueba pericial, que se denomina también peritaje, peritación o pericia, y se define como “la declaración de conocimiento que emite una persona técnica o práctica sobre los hechos de autos, cuando para las probanzas son necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos. En este sentido el Tribunal Supremo señala que:

a) Los informes o dictámenes periciales constituyen un asesoramiento práctico o científico para mejor comprender la realidad que subyace en un determinado problema al juzgado sometido, apreciable por él mismo conforme a las facultades que le otorga el art. 741, y muy específicamente por el 632, de la Ley Penal, según el cual los Jueces y Tribunales apreciarán la prueba pericial, según las reglas de la sana crítica sin estar obligados a sujetar al dictamen de los peritos.

b) Como pruebas personales que son, aunque se documentan en actuaciones bajo la fe del Secretario Judicial, junto con las demás probanzas, son apreciadas libremente por el sentenciador.

c) Cuando en algún caso, por la vía de aproximación al “documento” y, con carácter excepcional, adquiere tal naturaleza, en el supuesto que el Tribunal se distancia del informe del perito, sin razones para hacerlo, asumiendo los presupuestos de su informe, tampoco le vincula. Lo que existe realmente no es otra cosa que un discurso o razonamiento judicial que es contrario a las reglas de la lógica, de la experiencia o a los criterios firmes del pensamiento.

Esto quiere decir que las conclusiones de la prueba pericial no son vinculantes para el Juez, pudiendo éste prescindir de sus conclusiones de manera razonada. Por otro lado, puede solicitar el concurso de otros peritos para ilustrarse con más garantías y encuadrar las conclusiones junto a otros elementos probatorios. El Juez no está obligado, ni queda sujeto al dictamen de los peritos, ya que como ha señalado el Tribunal Supremo en varias ocasiones “lo contrario convertiría al perito en juzgador y al Juez en mero espectador”.

El Juez deberá expresar en la sentencia los motivos por los que rechaza, o por los que lo estima de apreciación preferente otras pruebas aportadas – según sentencia del Tribunal Supremo del 09-11-79 -, no pudiendo estimar partes del informe que resulten de su agrado y rechazar otras, puesto que el mismo Tribunal ha señalado que la prueba se debe aceptar o rechazar en su integridad - STS 07-07-79 -.

Apartados del informe pericial psicológico

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL /LOS PERITOS.

AUTORIDAD O PERSONA QUE LO SOLICITA.

METODOLOGÍA.

ANTECEDENTES SUMARIALES. RESUMEN DE LOS HECHOS.

- Datos de la familia
- Dinámica del delito
- Hechos laborales...

EXPLORACIÓN:

- Del sistema familiar.
- Del entorno.
- De la persona.

DISCUSIÓN PSICO-LEGAL

CONCLUSIONES: Las conclusiones forenses deben estar numeradas (primera, segunda), ser muy escuetas, con un lenguaje claro e inteligible para el profano y recogerán los aspectos más relevantes comentados en la discusión.

FORMULA FINAL.

FECHA Y FIRMA.

Exploración del informe pericial psicológico

Antecedentes. Anamnesis.

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------|
| - Nacimiento. | - Antecedentes familiares. | - Consumo de sustancias. |
| - Infancia. | - Vínculos. | - Historia conyugal |
| - Antecedentes de victimización. | - Escolarización. | - Servicio militar. |
| | - Adolescencia. | - Sexualidad. |
| - Antecedentes médicos. | - Antecedentes psiquiátricos. | - Antecedentes laborales. |
| - Antecedentes psicológicos: lenguaje, | - Antecedentes penales o policiales. | |
| - problemas conducta | | |

Entrevista.

- | | | |
|---------------------|--------------------|-------------|
| - Aspecto | - Examen somático. | - Conducta. |
| - Rapport. Actitud. | - Lenguaje. | |

1. Sistema cognitivo:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| - Conciencia. | - Orientación. | - Atención. |
| - Inteligencia: resolución de problemas, razonamiento informal. | - Lectura, escritura y praxias. | - Memoria. |
| | - Pensamiento: curso y contenido. | |

2.Sistema afectivo:

- | | | |
|------------------|----------------|-----------------|
| - Ánimo. | - Afectividad. | - Sentimientos. |
| - Incontinencia. | - Emociones. | - Autoestima. |
| - Empatía. | | |

3.Estilo de vida:

- Aficiones.	- Sociabilidad.	- Intereses.
4.Rasgos de personalidad:		
- Neuroticismo. Ansiedad.	- Estilos cognitivos.	- Dependencia.
- Extraversión.	- Estabilidad.	- Sensibilidad.
- Tolerancia a la frustración.		
5.Valores		
Pruebas complementarias.		
- E. Estructuradas.	- Tests.	- Respuesta al tratamiento.
- Escalas.	- Analítica.	- Pruebas de neuroimagen.
- Observación en medio natural.		

Es necesario atender aspectos, habitualmente descuidados, como la afectividad, motivación y procesos de socialización, sin ceñirse a trastornos manifiestos del intelecto y la voluntad. Esta profundización se ajusta a la valoración de la capacidad de culpabilidad y, por tanto, de imputabilidad.

Se ha sustituido el concepto de enajenación mental que contenía una importante carga psiquiátrica y que equipaba al inimputable con el loco o con el demente, y para hablar de alteraciones y anomalía psíquicas. Raymond, 1978, afirma que “al experto psico-legal compete poner de manifiesto las potencialidades reales del individuo, sus capacidades restantes, las que quedan disponibles:

- Discernimiento de aptitudes.
- Evaluación del potencial adaptativo.
- Estimación del desarrollo intelectual, afectivo y libidinal.

Estos elementos pueden ayudar a una comprensión diferentes del sistema individuo-sociedad en el que se inscribe la realización del acto a propósito del cual, la justicia está presente”.

Algunos aspectos para abordar por el psicólogo:

Datos generales

▪ Aseo, vestido, presentación	▪ Abordabilidad	▪ Actitud
▪ Hábito y constitución: biotipos	▪ Psico-motricidad	▪ Rapport

Nivel de vigilia

ORIENTACIÓN: orientado en tiempo, lugar y persona		
ALTERACIONES DE LA ORIENTACIÓN:		
- Desorientación auto-psíquica	- Desorientación alo-psíquica	
CONCIENCIA: Consciente		
ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA:		
- Obnubilación	- Coma vigil o mutismo acinético	- Somnolencia
- Estupor	- Ensoñación	- Estado crepuscular
- Delirium	- Coma	
ATENCIÓN y CONCENTRACIÓN: Atento y concentrado		
ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN:		
- Atención / inatención selectiva	- Hipervigilancia	- Trance
- Distractibilidad	- Déficit de atención	

Comportamiento motor

ALTERACIONES PSICO-MOTORAS:		
- Ecopraxia	- Acatisia	- Aritmomanía
- Catatonía	- Compulsión	- Ataxia

- Flexibilidad c�rea	- Dipsoman�a	-Hipoactividad
- Rigidez	- Tricotilomanía	(hipocinesia)
- Excitación catatónica	- Cleptomanía	- Mimetismo
- Catalepsia	- Ninfoman�a	- Agresión
- Negativismo	- Satiriasis	- Abulia
- Cataplejía	- Ritual	- Acting-out o impulso
- Estereotipia	- Manerismo	- Agitación psicomotriz
- Mutismo	- Automatismo	-Hipercinesia
		(hiperactividad)
		- Tic

Integración sensoperceptiva

SENSO-PERCEPCIÓN: Niega alteraciones sensoperceptivas		
ALTERACIONES DE LA SENSO-PERCEPCIÓN:		
- Alucinación:	- Táctil	-Alucinación no congruente
- Hipnag�gica	- Somática	con el estado de ánimo
- Hipnop�mpica	- Liliputiense (micropsia)	- Alucinosis
- Auditiva	- Alucinación congruente	- Sinestesia
- Visual	con el estado de ánimo	- Ilusión
- Gustativa		- Agnosia

Emoción y Motivación

MOTIVACIÓN: Motivado		
ALTERACIONES DE LA MOTIVACIÓN:		
- Abulia	- Motivabilidad	- Signos manipulativos.
- Apatía		
EMOCIÓN: Estado de ánimo eutímico. Afecto apropiado y congruente		
ALTERACIONES DE LA EMOCIÓN: afecto, ánimo y otras emociones		
- Afecto inapropiado	- Embotamiento afectivo	- Restricción de los afectos
- Labilidad afectiva	- Estado de ánimo	- Estado de ánimo
	disfórico	expansivo
- Irritabilidad	- Hipertimia	- Euforia
- Tensión	- Pánico	- Apatía

- Ambivalencia	- Culpa	- Depresión
- Anhedonia	- Alexitimia	- Miedo

Lenguaje

LENGUAJE(DISCURSO): Espontáneo, sin alteraciones expresivas, léxicas, semánticas, gramaticales, prosódicas.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE (HABLA):

- Verborrea, logorrea	- Tartamudeo	- Afasia nominal
- Pobreza del discurso	- Farfulleo	- Afasia sintáctica
- Lenguaje no espontáneo	- Afasia motora	- Jergafasia
- Disprosodia	- Afasia sensorial	- Modulación de la voz
- Dislalia	- Afasia global	- Soliloquio
- Disartria		

Memoria

MEMORIA: Normal [Retrógrada / anterógrada. Remota o evocación / Reciente / De trabajo / fijación]

ALTERACIONES DE LA MEMORIA:

▪Amnesia: anterógrada //
retrógrada // de fijación //
remota

▪Paramnesia:

- Falsificación	- Jamais vu	- Fabulación
- Dejá pensé	- Imagen edidética	- Represión
- Dejá vu	- Imagen edidética	- Dejá entendí

Pensamiento

PENSAMIENTO (1): Normal en curso y contenido.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO:

- Alteración formal.	- Pensamiento procesal	- Incoherencia.
- Pensamiento ilógico	primario	- Pensamiento
- Neologismos	- Ensalada de palabras	desorganizado.

- Pérdida de asociaciones	- Circunstancialidad	- Perseveración
- Pensamiento autista	- Tangencialidad	- Pensamiento ilógico:
	- Orden	Dereismo
PENSAMIENTO (2): Normal en curso y contenido.		
ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO:		
- Verbigeración	- Delirio incongruente con el estado de ánimo	- Delirio de control
- Ecolalia	- Delirio de persecución	- Robo del pensamiento
- Fuga de ideas	- Delirio de invención	- Inserción de pensamientos
- Asociación por asonancia	- Delirio erótico o erotomanía	- Difusión del pensamiento
- Descarrilamiento	- Delirio nihilista	- Control del pensamiento
- Bloqueo	- Delirio de ruina	- Egomanía
- Pobreza de contenido	- Delirio de grandeza	- Monomanía
- Idea sobrevalorada	- Delirio somático o hipocondría	- Obsesión-compulsión
- Idea deliroide	- Delirio de referencia	- Desarrollo
- Idea delirante primaria	- Delirio de autoacusación	- Delirio congruente con el estado de ánimo.
- Delirio sistematizado	- Delirio de de referencia	- Proceso
- Delirio extravagante		

Inteligencia

- Verbigeración	- Delirio incongruente con el estado de ánimo	- Delirio de control
- Ecolalia	- Delirio de persecución	- Robo del pensamiento
- Fuga de ideas	- Delirio de invención	- Inserción de pensamientos
- Asociación por asonancia	- Delirio erótico o erotomanía	- Difusión del pensamiento
- Descarrilamiento	- Delirio nihilista	- Control del pensamiento
- Bloqueo	- Delirio de ruina	- Egomanía
- Pobreza de contenido	- Delirio de grandeza	- Monomanía
- Idea sobrevalorada	- Delirio somático o hipocondría	- Obsesión-compulsión
- Idea deliroide	- Delirio de referencia	- Desarrollo
- Idea delirante primaria		- Delirio congruente con el estado de ánimo.
- Delirio sistematizado		- Proceso

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| - Delirio extravagante | - Delirio de autoacusación |
| | - Delirio de de referencia |

INTELIGENCIA: Inteligencia normal según apreciación clínica.

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|
| - Razonamiento informal. | - Juicio práctico. | - Nivel cultural. |
| - Resolución de problemas. | - Lectura y escritura. | -Capacidades adaptativas |
| - Resolución de cálculos. | - Capacidad de abstracción. | (salud, autocuidado, uso de la comunidad) |

ALTERACIONES DE LA INTELIGENCIA:

- | | | |
|-----------------------|-------------|----------|
| - Retraso intelectual | - Disgrafía | - Alexia |
| - Discalculia | | |

Personalidad

RASGOS DE PERSONALIDAD: rasgos principales

1. Extraversión/introversión: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, emociones positivas.
2. Amabilidad (empatía)/oposicionismo: confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia, sensibilidad (vs. dureza)
3. Responsabilidad: orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina, autodisciplina, deliberación.
4. Neuroticismo/estabilidad emocional: ansiedad (psicastenia), hostilidad, depresión, Ansiedad social, impulsividad, vulnerabilidad.
5. Apertura a la experiencia: fantasías, estética, sentimientos, acciones, ideas, valores.

Otros rasgos de personalidad

Cognitivos

- | | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| - Locus de control | - Estilo atribucional | - Abstracción/psicoticismo |
| - Paranoidismo | - Autoimagen | |

Socio-afectivos

- | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------|
| - Tolerancia a la frustración | - Dependencia | - Dominancia |
| - Necesidad de estimación | | |

Técnicas complementarias de evaluación en psicología forense

Test mentales

Históricamente, la evaluación psicológica ha ido directamente unida a la psicología diferencial. La testología, opera desde una concepción nomotética de la evaluación psicológica, es decir, busca la comparación entre personas, crear una taxonomía de dimensiones variables en donde se puedan adscribir los diferentes sujetos.

Su elemento básico es el rasgo que, además de constituir una dimensión de la personalidad cuantificable, es un constructo que define una disposición relativamente estable a comportarse de una forma característica. Es tan extenso el número de rasgos extraídos que sería imposible trabajar con ellos si no se hubiesen reducido por medio del análisis factorial y en virtud del principio de la parsimonia, a un número reducido y manejable de variables.

Los rasgos de personalidad no existen en sí mismos; son constructos teóricos operacionalizados o indicadores empíricos de una determinada forma de ser. Clasifican, individualizan y diferencian a unos sujetos de otros e interaccionan con la situación puntual, generando ciertas condiciones denominadas estados mentales.

El rasgo se caracteriza por su relativa consistencia trans-temporal y trans-situacional, constituye un elemento imprescindible en el examen forense, que difícilmente puede acceder con objetividad a la momentánea situación del hecho, facilitando la explicación, inferencia y predicción de los hechos. El estudio nomotético aporta el ingrediente cuantificador dentro de un estudio mucho más extenso que incluye el análisis individual.

Categorías de rasgos:

- Dimensiones básicas de personalidad: inteligencia, introversión...
- Dimensiones sociales: necesidad de logro, locus control...
- Dimensiones cognitivas: autoritarismo, dogmatismo....

Royce y Powell (1983), modelo integrador, aclara la unicidad de la personalidad e integra distintos métodos, terminologías y marcos teóricos. Organizan la personalidad en sistemas y subsistemas e integran 153 factores de diferencias individuales. Su estructuración jerárquica, explica cómo unos individuos difieren psicológicamente de otros y su modelo evolutivo, cada persona es en algún aspecto igual durante el ciclo vital y en otros aspectos diferentes - cambios sincrónicos y diacrónicos-. Sus postulados básicos advierten que las diferencias individuales se extienden a todas las áreas del funcionamiento psicológico; la personalidad y los procesos que la integran son muy complejos desde una perspectiva teórico-científica; y que la personalidad y los sistemas que la componen están dirigidos a metas, es decir, se considera un “sistema teleogenético”, que puede generar sus propias metas.

El rasgo de personalidad nos resulta muy útil para explicar algunos procesos mentales y la conducta del examinado. Sobre todo, ante un jurado popular, la estructura de la personalidad ilustra sobre qué condicionamientos psicológicos subyacen al hecho delictivo.

Los tests mentales se han definido como "instrumentos con fiabilidad, sensibilidad, y validez, susceptibles de verificación por métodos estadísticos. Sus resultados se expresan cuantitativamente y conducen a la clasificación del sujeto con relación a un grupo de referencia en lo que concierne al aspecto medido". En el tema que nos ocupa, implican una descripción de la personalidad por medio de rasgos.

Aspectos positivos de los tests son:

- 1) Son útiles: con brevedad, facilidad y economía proporcionan mucha información sobre un sujeto.
- 2) Son eficaces: proporcionan datos de gran valor.

3) Son objetivos: su aplicación y corrección normalizada, minimiza los sesgos interpretativos y permite la valoración interjueces.



Aspectos negativos:

1) No son una técnica de valoración, sólo son un instrumento de medida.

2) No son infalibles ya que están sujetos a errores de medida y problemas de validez. Desde aquí, los resultados deben relativizarse.

3) Proporcionan una visión comparativa del caso individual que debe completarse con el estudio ideográfico.

4) Son insuficientes por sí mismos, simplemente complementan la evaluación psicológica.

Aún así, la importancia de los test mentales en psicología y psiquiatría forense es fundamental. Suelen diferenciarse en función del objeto de su medida:

- Test de eficiencia: inteligencia general, de aptitudes, de rendimiento.
- Tests de personalidad: cuestionarios y proyectivos.

El **Wechsler Adult Intelligence Scale** -WAIS-R - es la prueba de inteligencia más utilizada desde su publicación en el campo forense y clínico, y una de las más recomendadas, como test de inteligencia individual para el diagnóstico de retraso mental.

Las escalas de Wechsler, WAIS, WISC, GIPSY, constituyen pruebas de inteligencia o capacidad mental general, si bien se ha identificado además de un factor g - función

intelectual general -, otros como comprensión verbal, organización perceptiva y memoria. También exploran aspectos temperamentales, clínicos y motivacionales. El WAIS es también muy utilizado para evaluar el deterioro intelectual.

Las Matrices progresivas de Raven, una de las pruebas de inteligencia presenta varios problemas que correlacionan con el desempeño total de la prueba y miden una capacidad global, si bien, otros como el WAIS alcanzan a identificar componentes diversos de la inteligencia.

El **Minnesota Multiphasic Personality Inventory** (MMPI), publicado en 1943 por Hathaway y McKinley, constituye el instrumento de búsqueda psicopatológica más extendido del mundo y más utilizado en psicología forense. Construido bajo fundamentos empíricos, evalúa rasgos típicos de anormalidad psiquiátrica con el fin de apoyar el diagnóstico categorial en psicopatología. El MMPI y MMPI-2 representan una gran ayuda, sobre todo sus formas abreviadas - Maxi-Mult de Dean y Mini-Mult de Kinkanon -.

Desde la publicación de la nueva taxonomía de trastornos de personalidad en el DSM-III, se convirtió en un atractivo reto la creación de un cuestionario que lograse identificar los diferentes signos criterios de los trastornos de personalidad: aparece el **Inventario Multiaxial Clínico, MCMI y MCMI-II**, de Millon, que inspiró la diferenciación de los trastornos de personalidad codificables en el eje II. Fue construido mediante una nueva generación de ítems extraídos por procedimientos teórico-intuitivos y posterior validación externa, y mide estilos básicos de personalidad en relación con el DSM-IV:

- Esquizoide.
- Evitador.
- Dependiente.
- Histriónico.
- Narcisista.

- Antisocial.
- Compulsivo.
- Pasivo-agresivo.
- Síndromes patológicos de personalidad: esquizotípico, borderline y paranoide.
- Síntomas: ansiedad, hipomanía, somatización, distimia, depresión psicótica, abuso de alcohol y drogas.

El locus de control, LOC, es, junto al motivo de poder, la necesidad de logro y la aprobación, una de las dimensiones sociales más estudiadas. Basada en la teoría del aprendizaje social de Rotter, mide de forma continua la expectativa de las personas sobre la contingencia del refuerzo de sus conductas. Una creencia sobre el control externo de los refuerzos corresponde a un “locus de control externo” y una expectativa sobre el control interno de los refuerzos corresponde a un “locus de control interno”.

Ciertos estudios han relacionado la conducta antisocial y criminal con el locus de control externo. Los externos realizarían menos respuestas de evitación instrumental lo cual se ha puesto en relación con la criminalidad. Por otra parte, se ha comprobado que las víctimas “internas”, son más vulnerables.

En relación a los niños y a los adolescentes, existen muchos tests aplicables:

- EPQ-J: extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad, de Eysenck
- IVE-J: impulsividad, afán de aventura y empatía, igualmente del mismo autor.
- A-D: Cuestionario de conductas delictivas y antisociales, de Seisdedos.
- HSPQ: Cuestionario de personalidad, de Cattell.
- TAMAI: test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil, de Hernández.

Otras pruebas complementarias

Existe la utilización de los llamados “checklist”, que son ítems no graduados que informan sobre diversos síntomas o conductas, y las “rating scales”, adecuándose ítems graduados sobre síntomas o conductas.

- SCL-90R, Derogatis, es uno de los listados de síntomas multidimensionales autoinformados más utilizados:

Evalúa con 90 ítems las escalas de somatización (S), obsesión-compulsión (O), relaciones interpersonales (I), depresión (D), ansiedad (A), sensibilidad (H), fobia (F), ideación paranoide (P) y psicoticismo (E).

- GHQ-28, Goldberg y Hillier, versión reducida del primitivo GHQ-60. Fácil y rápido de aplicar, de gran utilidad en la práctica forense. Evalúa cuatro escalas:

- Quejas somáticas.

- Ansiedad e insomnio.

- Disfunción social.

- Depresión.

- Horowitz (1983): Escala de impacto de eventos; específica para evaluar trastorno por estrés postraumático (TEPT), recomendada por Malt, 1995, para la valoración de los síntomas intrusivos y de evitación. Esta escala ha mostrado ser un válido predictor y evaluador del TEPT bien aisladamente o en combinación con la "lista de síntomas" SCL-90-R, de la que se extrae con el fin de evaluar las puntuaciones obtenidas en ansiedad, índice de severidad global y especialmente la subescala de ansiedad fóbica.

- Escala de gravedad de síntomas del TEPT, Echeburúa 1997, puede utilizarse para evaluar en población española el trastorno global, la re-experimentación, la evitación y el aumento de activación.

- Cuestionarios dimensionales:

- ♦ “Zung Selfrating Depression Scale”, Zung: diagnóstico de ansiedad y depresión, adaptado a población española por Conde
- ♦ “Beck Depression Inventory”, Beck.
- ♦ “State Trait Anxiety Inventory”, STAI, de Spielberg.

Entrevistas estructuradas:

El Examen Cambridge para valoración del deterioro, CAMDEX, incluye una entrevista diagnóstica compuesta de varias partes, destacando la entrevista psiquiátrica estructurada y la escala para evaluación objetiva de funciones cognitivas. Se han añadido 19 ítems para un análisis cognitivo más completo, ítems que comprenden el ampliamente utilizado “Mini Mental State Examination, MMSE, de Folstein y colaboradores., validado por Lobo - Mini examen cognoscitivo -.

-IPDE, **International Personality Disorder Examination**, es una entrevista estructurada, validada por la OMS en 1996, que valora categorial o dimensionalmente trastornos de la personalidad y suministra información interesante del peritado.

Desde la perspectiva psicodinámica se utilizan pruebas proyectivas como el TAT, dibujo de la persona, test del árbol, Koch y dibujo de la familia, Corman, dibujo libre., y, sobre todo, el test de Rosrschach, que informa sobre trastornos mentales y trastornos de personalidad – es quizá el test más utilizado dentro de la orientación psicodinámica y el más completo: para adolescentes y adultos -.

En este punto de desarrollo, vamos a acometer a partir de aquí los trastornos de drogodependencia, trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, parafilias, retraso mental y demencias, otros trastornos del control de los impulsos, trastorno por estrés postraumático, otros trastorno del desarrollo en tanto que se sitúan en el

marco jurídico-legal asociados a grandes desencadenantes o a grandes desequilibrios con una mira selectiva hacia la imputabilidad o hacia la capacidad de obrar.

Drogodependencias

La característica esencial de la dependencia de sustancias, según el DSM-IV, consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo



continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la

sustancia. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

La dependencia se define como un grupo de tres o más síntomas, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses:

- Criterio 1: La tolerancia. Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación, o el efecto deseado, o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.
- Criterio 2: La abstinencia. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, que aparece cuando disminuye la concentración en la sangre o tejidos de una sustancia en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la misma. Después de

la aparición de los síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos.

- Criterio 3: Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido

- Criterio 4: En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.

- Criterio 5: Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

- Criterio 6: En la mayoría de las ocasiones todas las actividades del sujeto tienen como centro la sustancia consumida.

- Criterio 7: Aún conociendo la propia persona los avatares tanto fisiológico como psicológico, dicho sujeto sigue consumiendo, esto es, no se abstiene, no puede, abstenerse del consumo

Peritaje. Valoración.

El perito puede intervenir para evaluar el estado presente de la persona y con más frecuencia para valorar la historia de la toxicomanía.

La solicitud de análisis toxicológicos de sangre, orina, pelo o la presencia de estigmas físicos de las punciones vía intravenosa recientes o antiguas, o afectaciones de la nariz, no explican ni avalan la dependencia sino el consumo de sustancias más o menos crónico y abusivo. Debemos señalar al Tribunal, con toda claridad, que dependencia es un concepto psicosocial, no médico ni bioquímico, y que es la búsqueda incesante de la sustancia y la pérdida de control, lo que define el trastorno. En este sentido, resulta importante la constatación de la problemática socio-psico-familiar, y los intentos previos de desintoxicación.

Pueden resultar relevantes a efectos penales para documentar la presencia de consumo y abstinencia en el sujeto durante la época de autos, el estudio de informes del médico forense de guardia, de servicios de asesoramiento o de médicos de la prisión al ingreso.

La comorbilidad de la drogodependencia con trastornos del estado de ánimo, y especialmente, con trastornos de la personalidad es muy elevada, por lo que conviene valorarla durante la entrevista y mediante pruebas complementarias. Para ello, nos podemos servir de el IPDE, MCMI, y MMPI.

La valoración del deterioro, fundamentalmente en el paciente alcohólico, se efectúa durante la entrevista y aplicando pruebas como Figura de Rey, Bender, Benton, Test Barcelona, Minimental, etc.

El informe debe dejar constancia de la dosis habitual de consumo, importante en los casos de delitos contra la salud pública, ya que en éstos suele alegarse que la droga incautada es para el propio consumo. En otras ocasiones, se consulta sobre la dosis habitual de una sustancia en un toxicómano, para dilucidar sobre la “notoria importancia” de la cantidad.

Implicaciones forenses.

La importancia del alcohol en psicopatología forense es muy considerable. La mayor parte de los autores lo consideran como un importante factor criminógeno. A pesar de las correspondientes alteraciones somáticas, el alcohol perturba las facultades de elección, juicio y raciocinio y facilita el salto a la agresividad.

La ley no define al ebrio habitual; podemos tomar tres criterios:

- ◆ Hábito fuertemente arraigado.
- ◆ Deterioro físico/psíquico.
- ◆ Inestabilidad socio-laboral y familiar.

La imputabilidad en el alcoholismo crónico dependerá de su asociación con otro trastorno mental y en el estudio caso por caso.

La comisión de delitos durante un episodio de “delirium tremens” o alucinosis alcohólica entran de lleno en la inimputabilidad al igual que las alteraciones de conducta en el síndrome de Korsakoff y encefalopatía de Wernicke. La intoxicación alcohólica aguda llevar al trastorno mental transitorio, siempre que no haya sido buscada a propósito para delinquir. En el nuevo Código Penal, el alcohol puede obrar como elemento causal directo o indirecto, cuando actúa despertando tendencias criminales latentes o desinhibiendo motivos antisociales.

El Tribunal Supremo en su sentencia del 26 de octubre de 1987 señala que el adicto a estupefacientes solo podrá estimarse total o parcialmente inimputable:

“cuando al tiempo de la comisión de los hechos, el sujeto activo se hallare bajo el influjo de haber ingerido las referidas sustancias y como consecuencia de ello sus facultades volitivas



o cognitivas se hallen abolidas o al menos, disminuidas; cuando hallándose el infractor en crisis o síndrome de abstinencia, el ansia de obtener el estupefaciente suprima su discernimiento o al menos restrinja sus “facultades de autocontrol”. Así, la exculpación, en principio, solo

puede aplicarse al drogodependiente afectado por el síndrome de abstinencia, y al que se encuentre bajo el efecto del tóxico, siempre que la situación no se haya buscado de propósito para delinquir.

Se sabe desde hace tiempo que, en la práctica, la mayor parte de los delitos de toxicómanos, no acontecen en ninguno de los dos supuestos contemplados. Durante el síndrome de abstinencia, que constituye una verdadera enfermedad sistémica física y psíquica, no es frecuente la comisión de delitos. El drogadicto no espera hasta el último momento, sino que se adelanta a él, predice su presencia.

Señalamos dos niveles:

- El mentado "mono".
- Síndrome de abstinencia.

El "mono" es ansia anticipatoria, constituye un síndrome psíquico derivado de un aprendizaje social por el miedo a llegar a padecer el síndrome de abstinencia. El toxicómano grave, asocia la ausencia de droga o carencia de dinero con la presencia del síndrome, y ese pánico que surge de una contingencia le impulsa a delinquir para evitar el cuadro aversivo. A nivel psicológico, lo importante no es el sufrimiento en si, sino la idea que se tiene del sufrir, idea forjada a partir de impresiones anteriores.

Respecto al derecho de familia, el alcoholismo y las drogodependencias están incluidos como causa explícita de separación legal. La condición de drogodependiente aquí no entra el consumidor ocasional, influye poderosamente en los jueces de familia a la hora de otorgar la custodia de los menores e incluso limitar las visitas, pero no constituyendo motivo suficiente para privar de la patria potestad.

En relación a la capacidad de obrar, el alcoholismo, tomando como excepción los casos de demencia, u otras toxicomanías, no resultan suficientes para privar de la misma, aunque si son susceptibles de una declaración de prodigalidad, cuando el dispendio económico ponga en peligro la estabilidad económica de la familia.

En el orden laboral, el alcoholismo crónico ha sido considerado como causa de invalidez.

Trastornos de la personalidad

Para la Psicología Forense tiene una gran importancia en tanto existe una gran prevalencia de ellas.

En 1809, Pinel describió un caso y en 1835, Prichard acuñó el nombre de “moral insanity”. Antes de 1988 se hablaba de manifestaciones psicopáticas aisladas: *moral insanity*, trastornos obsesivos, hipocondría, histerismo, neurastenia, etc. Muchos casos forenses se diagnosticaban como psicosis, sólo en raras ocasiones ingresaban en hospitales psiquiátricos.

Koch establece el concepto general de psicopatía como una tara congénita.



Etimológicamente “psicópata” significa enfermedad del alma, aunque la mayoría de las veces se ha utilizado como término genérico.

Kraepelin los incluyó en su nosología haciendo hincapié en lo etiológico orgánico, señalando que

eran personalidades malogradas o psicosis larvadas. Birnbaum habló de tara hereditaria. Kretschmer se centró en lo somatoestructural. Otros hicieron hincapié en los aspectos valorativos, éticos o degenerativos, denotándola como locura moral.

Fueron extraídas tipologías sistemáticas, es decir referidas a estratos concretos de la Personalidad, en referencia a Gruhle, y asistemáticas, simples descripciones del carácter y de la conducta, como Kraepelin que hablaba de inconstantes, embusteros y farsantes, hasta llegar a Schneider, en su publicación “las personalidades psicopáticas”.

Este autor transformó los tipos sociológicos de Kraepelin en tipos caracterológicos, subrayando las dotes de la personalidad frente a lo vivencial propio de las neurosis. La psicopatía expresa el predominio de lo disposicional, aunque sea muy difícil en la práctica diferenciar lo heredado de lo aprendido precozmente.

Por su parte, La OMS sustituyó el término de personalidades psicopáticas por trastornos de la personalidad, que llega hasta la actualidad. El concepto actual, ante todo, rompe con la etiqueta estigmatizadora.

Actualmente, el trastorno de la personalidad es considerado un trastorno mental, mucho más que un simple conjunto de rasgos o disposiciones.

Citando el DSM-IV, los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando provocan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas:

- Cognoscitiva
- Afectiva.
- Actividad interpersonal.
- Control de los impulsos.
- Criterios: en el control de los impulsos:

1. Estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
2. El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.
3. No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni enfermedad médica.

Valoración pericial

Los trastornos de la personalidad documentan el eje II de la valoración pericial y deben ser evaluados en todos los casos. Los cuestionarios, de amplio uso, resultan deficientes, ya que suelen referirse a conductas o circunstancias del presente, mientras que es condición para efectuar el diagnóstico que las anormalidades del carácter y la desadaptación tengan un inicio precoz, detallándose en la adolescencia o inicio de la edad adulta.

Tiene más fiabilidad la entrevista estructurada de los trastornos de la personalidad, tanto en su versión CIE-10 como DSM-IV, atendiendo a la exigencia de que las preguntas hagan referencia a la historiografía del individuo.

La existencia de rasgos desadaptativos aislados puede ser evaluada mediante test como el 16-PF5, MCMI-II, MMPI-2, o el Big Five de Costa y McCrae.

Pruebas específicas para personalidad impulsiva o disocial:

- 1.IVE-J de Eysenck.
- 2.AD, Seisdedos, conducta antisocial-delictiva.
- 3.PCL-R de Hare, evalúa la psicopatía.
4. Subescala P del EPQ.
- 5.Subescala Pd del MMPI, evalúa el trastorno antisocial de la personalidad.
- 6.STAI, Spielberg: inestabilidad emocional.
- 7.Subescala Pt del MMPI.
- 8.Subescala O del 16PF5.
- 9.Subescala N del EPQ.
- 10.Subescala E del EPQ y EPQ-J, que evalúa la extraversión.

11.Locus de control, Roter; Godoy y colaboradores

12.Índice de Gough del MMPI: Manipulación de la imagen

Entrevistarse con los familiares es importante por la aportación de información detallada.

Implicaciones forenses

Los sujetos con trastornos de personalidad pueden mantener en forma integral las facultades superiores, especialmente las afectaciones de tipo mixto no pueden hacer un uso eficaz de las mismas por diferentes causas, según los casos, por ejemplo, por impulsividad e inestabilidad afectiva, el llamado trastorno límite, falta de empatía y severas dificultades para adaptarse a normas, el trastorno antisocial, o por los errores de atribución que hacen mención a los trastornos paranoides. También podemos señalar los trastornos dependientes, que alcanzan a demostrar una dependencia absoluta.

El Tribunal Supremo entiende que “el tema de los trastornos de la personalidad es



doctrinalmente muy debatido y al mismo tiempo sumamente complejo, como sin duda son también los conceptos de personalidad y especialmente el de personalidad anormal cuya clasificación depende de los marcos de referencia que se utilicen, acudiéndose casi

siempre a las clasificaciones aceptadas por la OMS, el CIE-10 o la APA en su última edición DSM-IV”, en alusión a su sentencia de noviembre de 1995.

La psicopatía, en su principio conceptual, fue considerada como simple disarmonía caracterológica o alteración anormal de la personalidad, frecuente en la vida cotidiana, que generalmente desembocaba en una falta de adaptación social y carente de relevancia penal al no afectar ni la inteligencia ni la voluntad, salvo que fuera acompañada de otras irregularidades anímicas.

En 1988, la Jurisprudencia otorga al psicópata categoría de “enfermo mental”, y desde entonces viene reconociendo su trascendencia jurídico-penal, en varias sentencias del TS: años 91, 92, 93, 94, 95 y 96; en ellas considera que afecta a la capacidad de autodeterminación libre del sujeto pero no a las facultades cognitivas que suelen encontrarse intactas, por lo que “no cabe considerarla por si misma como eximente completa, salvo en aquellos casos en que sea muy profunda, coexista con otro trastorno mental, siempre que el hecho delictivo se halle en relación causal psíquica con la anormalidad caracterológica padecida, quedando habitualmente reducido el ámbito a su influencia en la aminoración de la responsabilidad criminal, eximente incompleta o atenuante, o la inexistencia de tal disminución, según la variada sintomatología y modalidad, grados y combinaciones, el alcance específico en la conducta”.

De esta forma, se ha considerado eximente incompleta cuando junto a la psicopatía se aprecia la existencia de una lesión cerebral o un retraso mental en sus primeros grados (STS 2-7-84), alcoholismo crónico (STS de 25-10-84), debilidad mental (SsTS de 14-11-84; 4-10-94), histeria (STS de 9-5-86), fuerte ingestión de alcohol (SsTS de 16-4-86; 27-5-87; 22-7-88); toxicomanía (STS de 15-1-87; 12-7-89).

Solo aplica la atenuante analógica en casos de retraso mental de grado medio (CI: 70), matizada por un trastorno antisocial de la personalidad, que disminuye su capacidad a los límites de la simple torpeza (STS de 16-2-94) y considera irrelevante el diagnóstico de trastorno de la personalidad sin especificar (STS de 8-2-95).

En suma, en la actualidad se reconoce que, si bien no pueden darse reglas generales “se admite mayoritariamente que la libertad interna de las mismas puede estar más o menos limitada e incluso en ocasiones anulada. Por tanto, parece fuera de discusión que la anormalidad psíquica de dichas personas a de provocar, en principio, una atenuación de la pena, si bien tras una adecuada valoración y ponderación de las circunstancias concurrentes en cada caso. En atención a ellas, puede resultar procedente la apreciación de una exención de responsabilidad, de una eximente incompleta, o finalmente de una atenuante genérica” (STS de 23-11-95).

Los trastornos de la personalidad empiezan a tomar valor en otros órdenes jurisdiccionales. En lo Civil ya ha justificado sentencias de incapacitación, por ejemplo, el trastorno dependiente de la personalidad.

En derecho de familia, pueden substanciar sentencias de separación a causa de abandono de las obligaciones conyugales y hacia los hijos, conducta vejatoria o malos tratos, abandono de hogar, etc. Una persona que padece un trastorno grave de la personalidad no será idónea para ostentar la guarda y custodia de sus hijos e incluso si abandona el cuidado de los mismos, o presenta actitudes hostiles, puede ser privado de la patria potestad.

En relación a los criterios de la Iglesia Católica, la personalidad anómala o desordenada incapacita a los contrayentes para constituir el *consortium totius vitalis*, según sentencia de diciembre de 1986.

Esquizofrenia. Psicosis

Para la APA, el término psicótico ha sido definido de varias formas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La más restrictiva, se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia, refiriéndose al lenguaje desorganizado.

El término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del yo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad, si bien se enfatiza sobre las ideas delirantes, alucinaciones y comportamiento o lenguaje desorganizado en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes una parte significativa de tiempo, durante un período de 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia.

Valoración pericial.

La valoración del paciente psicótico se efectúa prioritariamente durante la entrevista clínica y la observación. No es habitual que el perito tenga la ocasión de presenciar un brote agudo, ya que el paciente habrá sido detenido e internado en un centro psiquiátrico y se encontrará medicado. Nos ofrecerá un recuerdo del delirio y/o experiencias perceptivas, que con frecuencia criticará. Debido a esta circunstancia, se hace preciso estudiar y valorar toda la información documental y los informes hospitalarios y, en su caso, el informe del médico forense de guardia.

Se puede apreciar la peculiar afectividad del enfermo psicótico, la extravagancia de su conducta, o la sintomatología negativa residual: apatía, anhedonia. El perito debe obtener información sobre la personalidad premórbida y el punto de ruptura de la línea biográfica.

En casos de acceso al juzgado por parte del sujeto, el Tribunal paralizará la vista oral ante la disfuncional conducta del procesado, y el perito tendrá acceso a la rica variedad de la sintomatología psicótica activa.



El psicólogo forense estará atento a la simulación atendiendo a los signos de sospecha. Debe asimismo estar precavido ante el sujeto litigante. Pueden seguirse algunos consejos prácticos con respecto a los pacientes paranoides.

La biografía es muy importante, una historia prolongada de rigidez, suspicacia, beligerancia y celos junto a una tendencia a culpar a los demás resulta ilustrativa. Hay que averiguar qué factores biográfico-existenciales subyacen al desarrollo delirante. Deben valorarse cuidadosamente los factores étnicos y culturales. El paranoico desconfiará del perito sistemáticamente. No se debe discutir la falsedad de las ideas delirantes, pero tampoco hay que fingir creer que el delirio es verdadero, aunque evidentemente para el delirante lo es: se trata de su realidad psíquica -.

También hay que estar alerta frente a la simulación de delirio. No es fácil ya que el simulador deberá poseer ciertos conocimientos de psiquiatría, cuestión que es más que factible, tener la

constancia de mantener en pie el delirio sin equivocaciones de una anamnesis a otra y simular al mismo tiempo todo un conjunto de síntomas.

El sujeto paranoico, como cualquier sujeto, puede ser en efecto víctima del crimen y de la injusticia. No obstante, el reconocimiento del enfermo litigante que sólo es victimizado en su propia imaginación constituye un hecho trascendental para el abogado y para el juez.

Elementos presentes en el sujeto litigante.

1. Acusaciones hechas con poca o ninguna evidencia que se perpetúan.
2. Quejas legales muy vagas.
3. Victimario indeterminado (frecuentemente se refiere a “ellos”).
4. Imputación a otras personas de motivaciones depravadas.
5. Etiquetamiento a los otros con características que parecen propias.
6. Hipersensibilidad ante cualquier crítica.
7. Preocupación en el cliente por la posibilidad de trato judicial injusto, resentimientos o conspiración contra él.
8. Excesiva vehemencia y agresividad durante el pleito.

Implicaciones forenses

Las psicosis constituyen el paradigma de la enajenación o alienación al tratarse de un trastorno típicamente cualitativo o categorial es decir que “se es o no psicótico” en contraposición con los trastornos cualitativos o dimensionales, que constituyen problemas de grado. El brote psicótico se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad y un corte en la continuidad biográfica, de lo que se derivan actos delictivos sin historia que generalmente se incluyen dentro de la total inimputabilidad.

Es importante hacer notar la dificultad que frecuentemente se plantea a la hora de formular un diagnóstico de psicosis. La pérdida de contacto con la realidad, especialmente en el trastorno delirante puede en ocasiones no ser tan sencilla de apreciar. Aunque desde nuestro punto de vista psicodinámico, aunque hay escuelas que señalan que en el psicótico no todas las funciones están alteradas, como si fuera posible tener partes sanas -, sostenemos que dicho sujeto está atravesado en su totalidad por esta grave alteración.

Respecto a las psicosis exógenas, cuyo origen puede ser múltiple, el síntoma cardinal suele ser la obnubilación de la conciencia. Los casos típicos suelen tener una evolución transitoria y justifican una merma o anulación de la Imputabilidad, frecuentemente a la luz de trastorno mental transitorio.

En cuanto a las ideas delirantes, como cuadro históricamente más debatido, hay que resaltar el confusionismo semántico que se ha creado también ante los Tribunales de Justicia.

La STS de Noviembre del 84 alude a conceptos muy variados como “teoría de celos”, “delirio paranoide”, “síndrome paranoide”, “componentes paranoides” y concluye que “el procesado presenta un síndrome paranoide pero no paranoico, lo que no es la “paranoia propiamente dicha”, sino una predisposición a adquirir la referida enfermedad mental”. En el año 86, otra sentencia, el Tribunal Supremo se expresa en idénticos términos, aún más inseguros si cabe, dado que, en el juicio oral, el forense advirtiera que el procesado “no era un esquizofrénico, aunque presentaba personalidad esquizoide”.

La polémica respecto a la imputabilidad del paranoico se centra especialmente entre los que le consideran inimputable sólo si la conducta delirante condiciona claramente la actividad delictiva, lo que sugiere un encapsulamiento de ciertas ideas, y los que consideran que, en la práctica, el sujeto delirante merece exculpación en todos los casos.

Es doctrina jurisprudencial reciente que las psicosis afectan gravemente la imputabilidad, bien se trate de un cuadro transitorio por consumo de drogas psicodélicas, como los casos de esquizofrenia activa o residual, sentencia de 1997. La doctrina estima, en general, que en los

casos de auténticas psicosis en principio hay que admitir la ausencia de capacidad de comprensión y de autoconducción, sobre todo cuando alcanzan una considerable intensidad, llegando a estimarse la eximente plena por “trastorno profundo de la personalidad”: SsTS del 81-82-85-8-90 y 95, o bien la incompleta en “esquizofrenia catatónica”, sentencia de 1986 “por la realización de un hecho absurdo y carente de móviles”, o bien sentencias que aluden a ideación delirante o por esquizofrenia hebefrénica.

Hay que resaltar sobre las medidas de seguridad que son alternativas a la prisión. Se produce en cuadros psicóticos, en referencia al trastorno delirante. Ante esto, es necesario matizar algunos elementos:

1-No hay fundamento científico que sostenga la hipótesis del internamiento indefinido para ninguna patología mental. El internamiento del paranoico o de otro psicótico cualquiera *sine die*” se basa fundamentalmente en razones de política criminal, sin tener en cuenta que dicho castigo recae en un enfermo.

2-Si el fundamento de una conducta delictiva reside en este trastorno del psiquismo, debe



instaurarse un tratamiento antipsicótico, hospitalización u otras alternativas.

3-Si de verdad lo que se pretende es la curación del sujeto, muchas veces la hospitalización no estará indicada y si lo está, debe limitarse al menor tiempo posible. No puede

descartarse a priori la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

4-Según diversos estudios la mayoría de los pacientes paranoides que suelen ser violentos, después de una inicial explosión de violencia o “bronca”, tienden a ser especialmente cautos para evitar mayores conflictos.

5-Seguir manteniendo para el paranoico o para otros psicóticos la medida de aislamiento como única alternativa “terapéutica”, supone asumir la inoperancia y el desinterés de todo un sistema de justicia criminal, avala la tesis del psicopatólogo forense como guardián del derecho penal y desde luego pone en evidencia un sistema social profundamente morboso e injusto que genera enfermos paranoicos para después, condenarlos al encierro, al oscurantismo y la soledad.

6-El paranoico no es tan impredecible como pudiera parecer. La particular naturaleza de su enfermedad, la dinámica de su personalidad, el análisis histórico-biográfico y las conductas amenazantes o agresivas incipientes, proporcionan signos de alarma que no deben ser desoídos o minimizados.

Por otra parte, la progresión sintomática y delictiva del paranoico es esencial desde el punto de vista de la prevención del homicidio. El trastorno, deja un promedio de 5 años antes de la comisión del acto criminal, según Benezeech, 1980.

Resulta interesante la cuestión del psicótico como víctima. La etiología ha venido considerando que los trastornos delirantes y otras psicosis requieren la conjunción de una personalidad previa predispuesta y la existencia de un hecho vital propulsor del trastorno. Así, se han señalado como factores desencadenantes la migración, la sordera y el estrés intenso en general, conflictos laborales, situaciones catastróficas – en referencia a la paranoia colectiva –, experiencias de privación sensorial, faltas prolongadas de sueño, fatiga, deficiencias físicas y psíquicas,

Respecto a las repercusiones en el orden Civil, debe individualizarse cada caso concreto, pero, en líneas generales, las psicosis, y especialmente el trastorno delirante cumplen el requisito de la permanencia y profundidad exigido por el artículo 200 del Código Civil. En muchos casos la incapacitación estará indicada y en otros la declaración de prodigalidad – véase delirios de invención, litigantes.

Todos los actos o negocios jurídicos efectuados por un psicótico son generalmente nulos, testamento, matrimonio, si la persona tiene una ruptura historiográfica y pérdida de contacto con la realidad, siendo más compleja la situación para los cuadros en los que predominan los síntomas negativos o estados residuales, que deben evaluarse caso por caso. El psicótico no será generalmente apto para ostentar la guarda y custodia de sus hijos o cargos tutelares, aunque es una cuestión que debemos valorar como peritos: es una realidad que hacerse responsable de los hijos puede ayudarles a cierta compensación de su estado patológico. Esta cuestión debe ser valorada uno por uno de los sujetos.

En referencia a los criterios de la Iglesia Católica, los cuadros psicóticos padecidos en el momento de prestar consentimiento matrimonial llevan a la nulidad del acto a expensas de los tres supuestos contemplados en el canon 1095 y sobre este supuesto es unánime la Jurisprudencia Rotal.

En el orden laboral, las psicosis, y más concretamente la esquizofrenia, ha sido considerada como causa de invalidez, según sentencias del Tribunal Supremo.

Trastornos del estado de ánimo

La característica esencial del trastorno bipolar, en referencia al DSM-IV, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

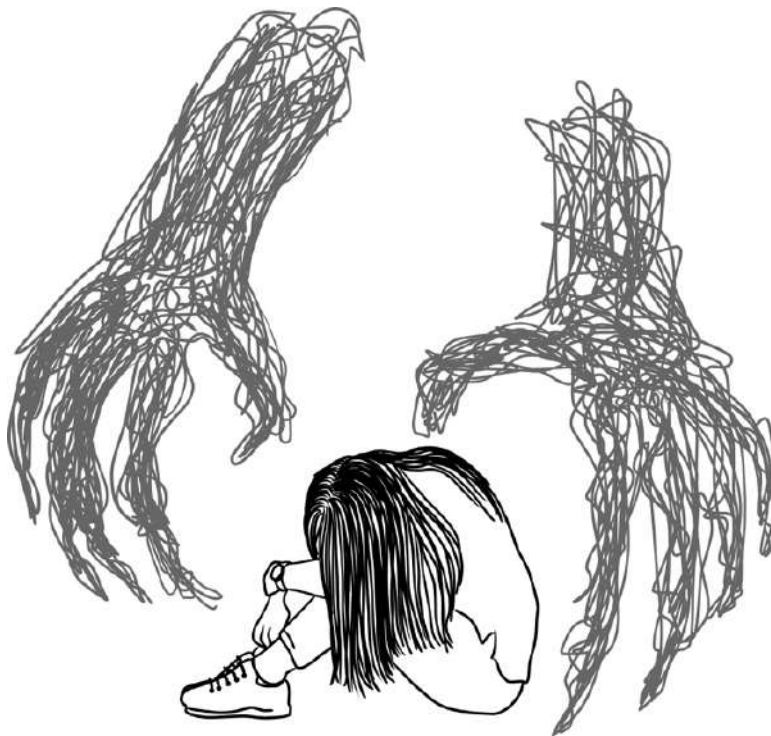
Un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

Criterios:

- Debe durar al menos 1 semana, o menos si se requiere hospitalización.
- Debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico,

fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable, debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores

-Aún el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, a veces es la irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto. También se observa con frecuencia labilidad del estado de ánimo. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de uno



depresivo mayor, prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

La distimia consiste en un estado depresivo no debido a otras causas, crónico, de más de dos años de duración.

Valoración pericial.

Los trastornos depresivos se ven con gran asiduidad en el contexto forense, tanto en víctimas como

en delincuentes, en función del aislamiento; y sobre todo en los trastornos adaptativos mixtos ansioso-depresivos.

Toda persona sometida a un proceso judicial de importancia es lógico que experimente una caída del estado anímico. Estas alteraciones, en el delincuente, suelen carecer de relevancia jurídico-penal, pues son consecuencia de los hechos y no la causa de los mismos. Algunas veces se alegan para justificar la inocencia.

El psicólogo forense explorará el ánimo durante la entrevista, su carácter apropiado con la afectividad, la incontinencia afectiva, estando alerta a las actuaciones dramáticas que ofrecen manifestaciones bruscas de pesadumbre, en lugar del carácter progresivo de los afectos reales.

Escalas útiles en la evaluación:

- Screening.
- La subescala del GHQ-28 de Goldberg y Hillier.
- Las pruebas Zung-Conde, Hamilton
- Subescala D del MMPI.
- Cogniafección-cognipunición del TAMAI.

Implicaciones forenses

Del trastorno bipolar, mejor psicosis maníaco-depresiva, se ocupó el Tribunal Supremo, destacando como excepcionales las transgresiones legales en la forma depresiva, todo lo más culposas por omisión, siendo significativa la tendencia al suicidio, según sentencias de 1990-91-92 y 93.

En cuanto a la fase maniaca se encuentran más contradicciones, estando supeditada la capacidad de culpabilidad de tales enfermos a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales, siendo el criterio común negar la imputabilidad de manera absoluta, porque, aunque comprendan fugazmente el valor real de los actos, son incapaces de inhibirlos, si bien dejan casi intactas sus actividades intelectivas, coartan su albedrío y aminoran su facultad de determinación, sentencia de enero de 1996.

Respecto a la capacidad de obrar, sin duda alguna una persona que sufre cuadros maniáticos puede dilapidar su patrimonio en pocos días, por lo que procede la declaración de incapacidad o al menos de prodigalidad y el nombramiento de un tutor o curador – también sostenemos la prudencia del caso por caso por lo que implica para un sujeto su incapacitación -.

En cuanto a la guarda y custodia de menores. Un caso reciente es el de una mujer que padecía distimia crónica y depresión mayor recidivante, bien controlada psico-farmacológicamente. No resultaba justificable la incapacitación y tutela, pero, por el contrario, no era recomendable la guarda y custodia de su hijo menor, que le fue otorgada al padre. El desarrollo equilibrado de la personalidad requiere el vínculo con los padres u otras figuras que les substituyan adecuadamente. Pero este vínculo en algunos casos puede ser en sí mismo patógeno, de carácter ambivalente.

En el campo civil de la psicopatología forense, capacidad civil, guarda y custodia, testamentificación, no se requiere que el juicio o el estado mental sean perfectos, sino que no estén por debajo de lo que las circunstancias piden. En este sentido la aptitud para la guarda y custodia requiere no sólo capacidad, sino capacidad suficiente para velar por el menor y procurarle un desarrollo afectivo funcional en un marco de estabilidad afectiva.

La separación de la madre puede ser perjudicial para un menor. Quizá sea necesario tomar en cuenta, según circunstancias del sujeto, las amenazas de abandono o de suicidio pueden ser aún más perjudiciales para el sentimiento de apego seguro del niño que la propia separación

física. También se han encontrado altos grados de ansiedad y exceso de dependencia en niños que han estado sujetos a irritabilidad y a los comentarios auto-despreciativos de los padres, “indiferencia, irritabilidad y amenazas de suicidio son rasgos comunes en los pacientes deprimidos”.

En el Orden laboral, como señala Bello, 1994, el propio Tribunal Central, declaró en su sentencia de Septiembre de 1996 que el padecimiento de una depresión endógena cronicada, acompañada de sentimientos de tipo psíquico-obsesivo, es causa invalidante por resultar difícil que empresario alguno contratara al trabajador a consecuencia de sus imprevisibles reacciones; en idéntico sentido se había pronunciado anteriormente la sentencia del Tribunal Supremo en Diciembre del 84, en una situación de depresión reactiva crónica, muy acentuada, que según el mismo “sumía al paciente en un estado de preaniquilamiento existencial psicofísico”, circunstancia que unida a la irreversibilidad del padecimiento, motivó la declaración de invalidez absoluta.

La distimia, puede originar hechos delictivos por omisión: abandono del servicio de las armas en cuestiones de proceso militar. El Tribunal Supremo entiende que, en estos casos, especialmente si se asocian a un trastorno de la personalidad, devienen en inimputabilidad.

Los criterios para La Iglesia Católica en cuanto a la nulidad matrimonial son que el maniaco-depresivo carece de la discreción de juicio requerida para poner en existencia un matrimonio concreto válido durante todo el tiempo en el que esté sometido a crisis, accesos, fases de manía y/o de melancolía extremos o simplemente graves...y puede ser moralmente imposible la convivencia conyugal con un maniaco-depresivo, al menos o sobre todo en las crisis agudas.

Parafilias

Según el DSM-IV, la característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, impulsos o comportamientos sexuales, que comportan:

- ♦ Objetos no humanos.
- ♦ El sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja.
- ♦ Niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses.



Para algunos individuos, las fantasías o estímulos de tipo parafilico son necesarios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos, estos elementos de carácter parafilico se presentan sólo episódicamente, períodos de

estrés, mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo.

El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los parafílicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella: sadismo, pedofilia.

Se toman como parafilias:

- Exhibicionismo.
- Fetichismo.
- Frotteurismo: contactos y roces con una persona en contra de su voluntad.
- Pedofilia: interés por niños en edad prepuberal.
- Masoquismo sexual: recibir humillaciones o sufrimientos.
- Sadismo sexual: infligir humillaciones o sufrimientos.
- Transvestista: vestirse con ropas del sexo contrario.
- Voyeurismo: observación de la actividad sexual de las otras personas.

Valoración pericial

La parafilia constituye uno de los trastornos más fáciles de evaluar por el perito forense dado que, en los casos judiciales, se define por la propia conducta del agente, de la cual el delito constituye tan solo una muestra significativa.

Es trascendental que el perito se pronuncie sobre la cronicidad del trastorno que suele debutar al principio de la edad adulta, así como sobre su exclusividad o compatibilidad con otras conductas sexuales consideradas normales, ya que ello condiciona la gravedad del trastorno a efectos forenses.

Implicaciones forenses

Las referencias del Tribunal Supremo es que el sujeto sufre un trastorno de la inclinación sexual, aún teniendo sus funciones psíquicas normales, no posee inhibitorios suficientes para reprimir sus impulsos sexuales y considera la atenuante analógica, sentencia de Octubre de 1995, o la eximente incompleta cuando la parafilia no es liviana por su carácter recurrente y la variedad de sus manifestaciones - pedofilia en concurrencia con voyerismo y ciertas expresiones sádicas-, coexiste con otras alteraciones del psiquismo, o se añade o sobrepone a

la neurosis depresiva o trastorno distímico del estado de ánimo...lo cual influye “intensamente” en la voluntad del sujeto, según sentencia del Alto Tribunal de 1995.

La tendencia a la cronificación de las parafilias y de la estructura de personalidad subyacente ha resultado muy importante a efectos penales.

Las repercusiones en el orden civil de las parafilias son extraordinarias porque no sólo una persona con este tipo de trastorno puede dilapidar el patrimonio en la búsqueda y disfrute de su objeto sexual, sino que los menores corren grave riesgo de sufrir abusos sexuales. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, no será recomendable el contacto no supervisado entre el padre y sus hijos.

Para el Tribunal de la Rota, las parafilias y las modificaciones de la identidad sexual son causa de nulidad por incapacidad para asumir las obligaciones conyugales, fundamentalmente la realización de modo natural de los actos que por su naturaleza están ordenados a la procreación y la realización de la comunidad, y comunión psico-sexual de la vida conyugal.

Retraso mental y demencias

Se incluyen dentro del mismo grupo por tratarse de deterioros de la personalidad, fundamentalmente acentuados en la vertiente intelectual. El retraso mental se refiere a los déficits congénitos o precozmente adquiridos mientras que las demencias son cuadros de pérdida de facultades y disposiciones psíquicas en una etapa posterior de la vida.

El retraso mental constituye una anomalía siguiendo la nomenclatura del Código Penal. Pero para determinar la condición de imputable debe examinarse el grado, que sigue la misma nomenclatura que en el ámbito social.

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos y esta alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales.

Para establecer el diagnóstico de demencia, Aludiendo al DSM-IV, se requiere:

- Deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente.
- Deterioro de la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente, pueden perder objetos de valor, olvidan cosas y pueden perderse en barrios con los que no están familiarizados. En las formas avanzadas el deterioro de la memoria es tan intenso, que el sujeto olvida su ocupación, a los familiares y, en ocasiones, hasta su propio nombre.
- Deterioro del lenguaje: Afasia. Puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos. En las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia o palilalia – repetición de sonidos de forma repetitiva -.
- Apraxia: Ausencia de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas.

Valoración pericial.

Mini-Mental de Lobo: Prueba rápida y muy útil en la evaluación forense, al abordar con gran sencillez aspectos psíquicos como orientación, memoria inmediata, de trabajo y evocativa, capacidad de abstracción, praxias, etc. Si se sospecha la existencia de un deterioro significativo a partir de la entrevista y el Mini-Mental, entonces podemos recurrir a baterías complejas:

- Luria-Nebraska
- Test Barcelona.
- Bender.
- Benton.
- Figura de Rey.

- Entrevistas estructuradas, Camdex.



El psicólogo perito debe observar la conducta del presunto incapaz en su entorno que le permita evaluar las habilidades adaptativas y los apoyos que le son necesarios. Puede también utilizar protocolos, como el ICAP - inventario de

planificación de servicios y programación individual de Bruininks, adaptado por la universidad de Deusto - y otras escalas de evaluación de apoyo interpersonal.

Implicaciones forenses

En ambos casos, la valoración de la Imputabilidad va a constituir un problema de grado. Las demencias totalmente instauradas de forma irreversible entran de pleno en el concepto jurídico de alteración psíquica. En las fases de instauración, el llamado período médico-legal suelen apreciarse como enajenación parcial. En cualquier caso, una vez comprobada la contingencia con los hechos, se valorará el "quantum" de defecto cognitivo mediante las pruebas neurofisiológicas y psicométricas oportunas.

A los Tribunales de justicia, parece costarles adoptar la nueva nomenclatura, siguiendo anclados en los viejos conceptos de edad mental, oligofrenia, etc. Parece urgente, la adaptación del criterio Jurisprudencial a las Clasificaciones Internacionales.

Los grados profundo y grave condicionan, en general, una plena inimputabilidad. En los demás deberá estudiarse caso por caso, valorando los hechos en función de la capacidad de comprensión. Al mismo sujeto se le puede imputar un delito y no otro dependiendo de la capacidad de abstracción que requiera la comprensión de lo ilícito y la inteligencia social.

Es necesario poner en tela de juicio el uso abusivo que se realiza del concepto de cociente intelectual, porque parece que queda investido con tintes de infalibilidad y del que se derivan resoluciones absolutistas de todo-nada. Las pruebas psicométricas sólo son marcadores relativamente objetivos – y existen errores de medida - de una determinada forma de ser como el pensar, razonar, sentir, actuar que deben quedar enmarcados dentro de un contexto socio-cultural determinado y valorados con prudencia.



La esterilización del deficiente psíquico incapacitado, con una deficiencia psíquica grave, debe ser autorizada por el Juez, bien en el mismo proceso de incapacitación, bien en expediente de jurisdicción voluntaria a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz. Se toma como criterio

rector el del mayor interés del incapaz, ciñéndose al artículo 156 del Código penal.

Para el derecho laboral, las demencias evolucionadas justifican la situación de invalidez o gran invalidez, sentencia de junio de 1977 y 1981.

En el derecho civil, son claras causas de incapacitación y nulidad la falta de consentimiento, pero dependerá del grado de deficiencia o deterioro y de la indemnidad del razonamiento informal para la vida cotidiana.

Un tema de gran actualidad en relación a este campo es el consentimiento informado de pacientes que no pueden decidir por si mismos. Las personas con demencia unen a su deterioro, una gran confusión y estrés emocional, por lo que su capacidad para tomar una

decisión competente respecto a un tratamiento se encuentra mermada. El perito debe analizar la competencia diferencial, según la naturaleza del hecho sobre el que el paciente, capaz o no, debe pronunciarse.

El consentimiento informado requiere, salvo en casos de extrema urgencia o personas sometidas a tutela: información suficiente relativa al hecho terapéutico, posibilidades realistas, peligros y posibles complicaciones; capacidad de comprensión suficiente del paciente. En caso de conflicto, el perito deberá evaluar la cuestión desde el punto de vista riesgo-beneficio.

Control de los impulsos. Otros trastornos

La nosología internacional incluye en esta sección los trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en otros apartados del manual:

- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- Parafilias.
- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Trastorno disocial.
- Esquizofrenia.
- Trastornos del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos.

La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, motivación o tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. El individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento

de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. Los más delictógenos son:

- Trastorno explosivo intermitente: se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.



- Cleptomanía: se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.

- Piromanía: constituye un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

- Juego patológico.

Inicialmente, en una fase que podríamos llamar de inducción, el individuo descubre el juego por azar, y se siente fascinado y excitado. Una eventual ganancia puede actuar como refuerzo positivo, favoreciendo la adopción de la conducta. En una primera etapa, el individuo todavía juega por diversión, si bien con un trasfondo de inversión, las ganancias económicas y afectivas priman sobre las pérdidas; además, si se pierde se considera el gasto como coste del tiempo libre.

Progresivamente, sin embargo, el juego se convierte en una necesidad, primero psicológica y, luego, económica y social. Se habría llegado a una fase de consolidación, el individuo siente la necesidad de jugar para lograr una excitación, un estado vivencial concreto, ya dependencia,

y del reto que el juego plantea a su amor propio. Pero además necesita jugar para aliviar la ansiedad y tensión que genera su querencia.

Valoración pericial

Resulta complicada la constatación pericial de un trastorno del control de los impulsos. Las deficiencias de autocontrol constituyen una vivencia subjetiva difícilmente evaluable.

Son pertinentes las siguientes pruebas:

-Juego de Mixon y SouthOaks Gambling Screen de Lesieur y Blume.

-Los datos sumariales: número de hurtos absurdos en la cleptomanía, entradas en el casino en la ludopatía, frecuencia de ataques de ira y accesos violentos en el trastorno explosivo, resultan de gran valor para este grupo.

Implicaciones forenses

Jurídicamente, el juego es irrelevante; sin embargo, es la apuesta la que preocupa al Derecho. En los juegos, lo que se pretende es vencer en la apuesta, lo que se busca es una ganancia de tipo económico. La importancia patrimonial de la victoria es lo que le da relevancia jurídica y, define la apuesta. Esta diferenciación conceptual tiene un gran interés por cuanto el mal llamado juego, la apuesta, se practica atendiendo al llamamiento realizado por una empresa especializada y organizada. Por tanto, el juego es una actividad económica que opera hacia fuera, hacia el mercado integrado por los “jugadores”, que atendiendo a la llamada de los “organizadores”, de los empresarios, apuestan. Ese es, el fundamento para poder afirmar, que los jugadores son en esa medida, consumidores y usuarios, y por consiguiente, tienen los derechos básicos que proclama el artículo 21 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, LGDCU, y el artículo 51.1 y 2 de la Constitución.

En España, el juego se legaliza mediante el RD Ley 16/1.977 de 25 de febrero, regulando los aspectos penales, administrativos y fiscales), vigente en la actualidad con las modificaciones introducidas por RD Ley 8/82 de 30 de abril.

Según indica Lesieur, 1984, los jugadores tienden a convertirse en “maestros de la conducta pre-criminal”. En efecto, en un principio el jugador compulsivo podrá delinquir para solventar sus deudas u obtener dinero para reiterar sus inversiones para la recuperación de anteriores pérdidas. El jugador compulsivo explota a la familia, tanto en el sentido gastarse sus fondos,



como coger dinero o bienes del patrimonio familiar; explota la empresa, no sólo en concepto de tiempo - absentismo-, sino también efectuando apropiaciones indebidas u operaciones financieras fraudulentas.

Atrapado en su juego, el ludópata puede llevar a cabo estafas o robos callejeros con intimidación. Todo dependerá de sus circunstancias personales. Sujetos, cuya conducta no había transgredido nunca las más mínimas normas de la moral tradicional se sorprenden a sí mismos delinquiendo y arrastrando a menudo profundos remordimientos, no sólo por la envergadura del delito o de la falta, sino por el mero hecho. No será hasta estadios avanzados de su ludo-manía, que abandone la fantasía de poder reparar con ganancias del juego los perjuicios a terceros que ha ocasionado.

La imputabilidad del ludópata ha sido objeto de controversia. Los criterios judiciales oscilan desde la eximente completa , según sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante de Febrero del 88, la eximente incompleta, la atenuante analógica, sentencia de Abril de 1991, o la plena imputabilidad, sentencia de Febrero de 1994, dependiendo de la cronicidad, gravedad y relevancia del hecho pero especialmente de que quede plenamente probada la relación causal directa entre el hecho y el impulso irrefrenable a jugar, más aún cuando se da una inmediatez, una proximidad temporal entre el hecho antijurídico y la conducta problema.

Puede afirmarse que el juego patológico o compulsivo puede tener la suficiente intensidad como 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 que se generan para la obtención de medios económicos. Dicho de otra manera, pueden diferenciar perfectamente lo correcto de lo incorrecto, pero son incapaces de adecuar su conducta a las exigencias de la Ley.

En relación al derecho civil, la ludopatía podría ser el prototipo de conducta pródiga, pero, además, podría dar lugar a una declaración de incapacitación total dada la frecuente comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y abuso de sustancias.

Precisamente, la personalidad de base, aún con la posibilidad de evidenciar cambios transtemporales, con o sin intervención psicológica, ofrece con frecuencia el elemento de relativa permanencia que exige el artículo 200 del CC.

La adicción al juego o ludopatía esencial consiste en un impulso incontrolado, un trastorno del control de los impulsos, que afecta a las facultades cognitivas y volitivas del sujeto, según terminología jurídica al uso (interfiere en el pensamiento reflexivo, afecta al sistema de creencias, a la percepción de la realidad, al sistema motivacional y a los afectos), pero sólo interesa directamente a la conducta-problema. La limitación de la capacidad de obrar debe centrarse únicamente en los aspectos económicos y por lo tanto, a la declaración de prodigalidad, que a tenor de lo establecido en el artículo 294 del Código civil, pueden pedir el cónyuge, los ascendientes o descendientes que reciben alimentos del presunto impródigo o se encuentren en situación de reclamárselos. La sentencia determinará los actos que el pródigo no puede realizar sin consentimiento del curador - artículo 298 del citado cuerpo legal-.

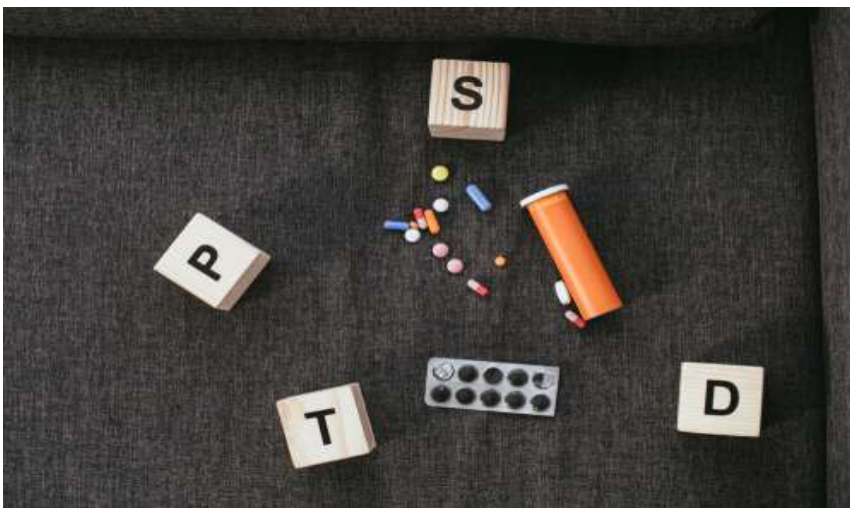
Evaluación forense: definirse en la conducta del peritado, determinando las características de su personalidad y diferenciando la ludopatía de otros tipos de juego sintomáticos. De acuerdo

con la APA, seguimos con el DSM-IV, el juego patológico debe distinguirse del juego social y del juego profesional.

El juego social tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el juego profesional los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego, la pérdida de control, pero no cumplen todos los criterios para el juego patológico. La pérdida de juicio crítico y el juego excesivo pueden aparecer durante un episodio maníaco. Debe establecerse un diagnóstico adicional de juego patológico sólo si el comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia del episodio maníaco. Por otra parte, durante el juego un individuo con ludopatía puede presentar un comportamiento que se parece a un episodio maníaco. Sin embargo, una vez que el individuo se ha alejado del juego, estos rasgos maniformes desaparecen. Los problemas con el juego pueden darse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad y, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos.

Trastorno por estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es reconocido por vez primera en el DSM III, APA,



1980. Previamente llamada neurosis traumática por Oppenheim, 1892 y Eulenburg, 1895, Schreckneurose por Kraepelin, 1896), neurosis de guerra por Kardiner, 1947, reacción intensa de estrés por el DSM I, 1952,

estrés relacionado con el combate en el DSM II, 1968).

Su sistematización en el DSM-IV ha sido objeto de un intenso debate, dirigido a redefinir la categoría que debería incluirlo y la modificación del criterio A sobre definición e inclusividad del “estresador”.

El DSM-IV ha modificado sensiblemente el criterio A del TEPT, de manera que ya no constituye una exigencia el hecho de que el evento se encuentre “fuera del marco habitual de las experiencias humanas”, siendo suficiente y necesario que:

- A. La persona haya experimentado, presenciado o le hayan explicado uno, o más, acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física o la de los demás
- B. Que responda con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

El TEPT presenta tres tipos de síntomas:

- Intrusismos
- Evitación.
- Hiperexcitabilidad.

Tres tipos evolutivos:

- Forma aguda que comienza durante los 6 primeros meses tras el evento y dura menos de 6 meses.
- Forma crónica que dura 6 o más meses.
- Forma retardada que aparece al menos 6 meses después del trauma

Algunas formas son atípicas. Cuando la duración del trastorno es inferior a un mes, debe codificarse como trastorno por estrés agudo.

El DSM-IV ha mantenido definitivamente el TEPT dentro de los trastornos por ansiedad tras un largo debate originado por la comorbilidad y similitudes del TEPT con otros grupos de trastornos mentales.

Es importantísimo desde el punto de vista forense, establecer la diferenciación entre el TEPT, otros trastornos postraumáticos y los complejos procesos de simulación o sobre simulación, concretamente la invención de síntomas o la actitud patológica del herido reivindicador que no admite su curación.

Frecuentemente, aunque sin una relación de especificidad, después de un cuadro de estrés agudo o postraumático, puede haber una transformación permanente de la personalidad, consiguiente a la experiencia catastrófica, que viene recogida expresamente en la CIE-10.

La transformación de la personalidad no debe confundirse con los trastornos de la personalidad. Estos se desarrollan durante la infancia y se ponen de manifiesto durante la adolescencia o inicio de edad adulta, mientras que la transformación implica un cambio o modificación de la personalidad previa, ya desarrollada. También debe diferenciarse de la acentuación de rasgos de personalidad, ya que aquí se trata simplemente de una mayor significación de dimensiones ya existentes en la personalidad del sujeto.

Por el contrario, la transformación, implica la aparición de rasgos nuevos, que no se encontraban presentes, como por ejemplo la suspicacia, desconfianza y apatía. Se necesita las siguientes características en el evento:

- Debe ser suficientemente grave como para no tener que considerar la vulnerabilidad del sujeto-
- Debe ser persistente: más de dos años después del evento.
- Los nuevos rasgos resultan desadaptativos, y causan malestar o deterioro social significativo.
- Debe descartarse que el cambio no sea debido al uso de sustancias psicotrópicas, enfermedad médica, o trastorno mental.

La argumentación para abogar por una disminución de imputabilidad por TEPT se ha planteado con éxito en acusados que exhibían durante el crimen conductas indicativas de que estaban reviviendo una experiencia de guerra. Así se ha descrito para el homicidio y puede generalizarse a cualquier otro hecho delictivo, durante la reviviscencia de cualquier evento vital victimizante.

En los estados pasionales, frecuentes en las personas afectadas de problemas de ansiedad, el límite superior de la atenuante lo constituye el trastorno mental transitorio, completo o incompleto mientras que el límite inferior lo integra, dice el Tribunal Supremo, el simple acaloramiento característico de la mecánica comitiva de ciertas infracciones o por el leve aturdimiento que acompaña a otras.

Lo más frecuente es que el TEPT se alegue como lesión psíquica en víctimas de hechos violentos o delitos contra la libertad sexual. La sentencia del Tribunal Supremo del año 1991 sienta la norma general en aquellos casos que a consecuencia del estrés sufrido ocasionan este tipo de trastorno si requiere tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico y psicofarmacológico para lograr la plena adaptación social, siempre y cuando se establezca una adecuada relación de causalidad - sin el evento no se hubiera producido el trastorno- y no se trate de simples desajustes afectivos o emocionales.

En el orden laboral, los Tribunales suelen ser muy restrictivos y sólo en algunos casos ha decretado la situación de invalidez, según sentencias de los años 1977 y 1982.

Otros trastornos del desarrollo

Especialmente relevantes en contextos forenses son el trastorno disocial y por déficit de atención con hiperactividad, muy asociados con delincuencia juvenil, delincuencia violenta y recidiva.

La característica esencial del trastorno disocial, según el DSM-IV, es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros, o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Dichos comportamientos se dividen:

- Agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales.
- No agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad; fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Tres o más comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses.



- El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.
- El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos. Puesto que los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas comportamentales, el clínico debe fiarse con frecuencia de otros informadores. Sin embargo, el conocimiento que el informador tiene de los problemas conductuales del niño puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado.
- Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros y mostrar un comportamiento fanfarrón o intimidatorio.

- Iniciar peleas físicas frecuentes; utilizar un arma que puede provocar daño físico grave.
- Ser cruel físicamente con personas o animales.
- Robar enfrentándose a una víctima.
- Forzar a otro a una actividad sexual.
- La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, en raros casos, homicidio.
- La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas es un hecho característico de este trastorno y puede incluir el prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
- Destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos.
- Los fraudes o robos son frecuentes.
- A menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, evitar deudas u obligaciones.
- Roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.
- Violaciones graves de las normas. Estos niños permanecen fuera de casa por la noche a pesar de las prohibiciones de sus padres.
- Pueden existir fugas de casa durante la noche. La fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces, o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado. Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa de abuso físico o sexual no se califican típicamente en este criterio.
- Pueden faltar a la escuela con frecuencia. En sujetos mayores, este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen. Debe diferenciarse el inicio infantil o el inicio adolescente y los grados de gravedad.

- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.
- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años.
- A menudo, los sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años.
- Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos.
- Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.



- El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otra patología mental.

- Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Estos sujetos pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos.

-En el trabajo suele ser sucio, descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea.

-A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan lo que se está diciendo.

-Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada la otra.

- A menudo no siguen instrucciones ni órdenes.

-Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras razones.

-Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades.

-Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas.

Valoración pericial

Hay que evaluar la personalidad del menor y sus problemas de conducta. Para ello son de gran utilidad las pruebas psicodiagnósticas.

El menor conflictivo con frecuencia mostrará desadaptación personal y escolar en el TAMAI, y será negativa la percepción de los estilos educativos de los padres; mostrará elevados índices de impulsividad o búsqueda de aventuras y baja empatía en el IVE-J de Eysenck; su locus de control, Escala de Godoy, tenderá hacia la externalidad; puntuará alto en las escalas de conducta antisocial, ASB de Allsopp y Feldman,; escala AD de Seisdodos. Muchas veces su autoconcepto será pobre, en la escala de AC de Martorell y colaboradores.

Es conveniente la información sobre la conducta del menor, acudiendo a informes escolares y especialmente a entrevistas con la familia y los iguales.

Bibliografía

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington DC, 1994.
- Bonnet: *"Psicopatología y Psiquiatría Forense: Parte General"*. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1983.
- Carrasco JJ y Maza JM: *Psiquiatría Legal y Forense*. La Ley, 1996.
- Chadwick, P.: *Borderline. A psychological study of paranoia & delusional thinking*. Routledge. London and New York, 1992
- Delgado S (comp): *Psiquiatría Legal y Forense*. Editorial Colex, 1994.
- Esbec E. y Gómez-Jarabo, G. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Edisofer. Libros jurídicos. Madrid. 2000.
- Fernández-Ríos M, Rico, R y Gómez-Jarabo, G. *Diseño de puestos de trabajo para personas con discapacidad*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSESO). Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1998.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSESO). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. 2000.
- Royce, J.; Powell, S.: *Theory of personality and individual differences*. Englewood Cliff, New Jersey Prentice Hall Inc., 1983.
- Verdugo Alonso, MA. (dir.) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo Veintiuno de España Editores, SA. Madrid, 1995.

Cuestiones

1. Con tus palabras, define la discapacidad.
2. Señala qué aspectos se deben de explorar en el retraso mental.
3. Habla sobre el retraso mental límite.
4. Señala los aspectos necesarios a relatar en el informe psicológico.
5. Habla de las drogodependencias.
6. Define en qué áreas se manifiestan los trastornos de personalidad.
7. Señala el tipo de pruebas para evaluar los trastornos de personalidad.
8. Parafilias, señala cuales y defínelas.
9. Expresa algunas manifestaciones de las psicosis.