

Psiquiatría Legal II *para el psiquiatra clínico*

MÓDULO III

**El peritaje psiquiátrico:
de la teoría a la práctica**

Dr. José Carlos Fuertes Rocañin

Doctor en medicina. Especialista en Psiquiatría.

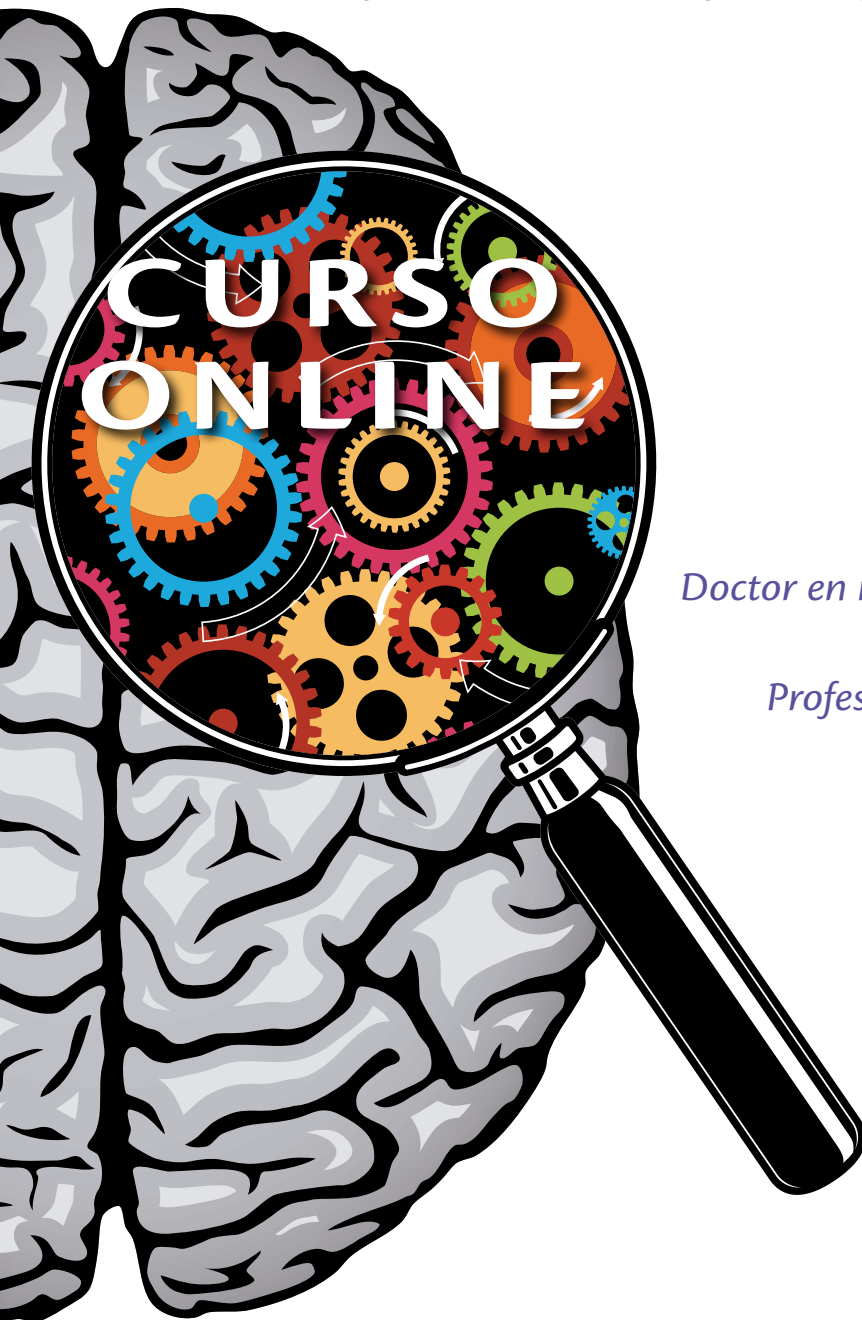
Médico Forense.

*Profesor Colaborador extraordinario de la
Universidad de Zaragoza.*

D. José Luis Rodríguez Laín

Magistrado Titular del Juzgado de

Instrucción nº 4 de Córdoba.



ÍNDICE

El peritaje psiquiátrico: de la teoría a la práctica

1.- DIFERENCIAS ENTRE INFORME PERICIAL E INFORME CLÍNICO.....	3
2.- EL INFORME PERICIAL DESDE LA ÓPTICA DEL JUZGADOR	8
3.- TIPOS DE INFORMES PERICIALES	23
MODELOS DE INFORMES PERICIALES.....	39
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA PARA AMPLIAR INFORMACIÓN.....	72



MÓDULO III

El peritaje psiquiátrico: de la teoría a la práctica

1. - DIFERENCIAS ENTRE INFORME PERICIAL E INFORME CLÍNICO

Perito es, desde el punto de vista jurídico, y tal y como rezan los propios textos legales, toda persona que posee una serie de conocimientos ya sean científicos, técnicos o artísticos, que le permiten informar y asesorar a los jueces y tribunales en aquellas materias que sean de su competencia. Por otro lado, Forense procede de "foro" y hoy esta acepción se emplea de forma coloquial para denominar todo lo relativo a la participación de expertos en el "foro", es decir el lugar donde se administra justicia.

El perito médico psiquiátrico y el informe pericial que este emite son, sin lugar a dudas, un elemento muy importante de cualquier procedimiento judicial, tanto en

- **materia penal** (Ej.: valorar las bases psicobiológicas de la imputabilidad o peligrosidad)
- **materia civil** (Ej.: determinar las bases psicobiológicas de una incapacidad de obrar)
- **materia laboral** (Ej.: apreciar la existencia de enfermedades que impiden desarrollar una actividad laboral y generan incapacidad).

No obstante, y antes de seguir adelante, queremos dejar claro un aspecto que suele prestarse a confusión:

- Una cosa es ser **perito**, es decir, ser un experto llamado expreso para emitir un informe técnico-científico, y
- otra **testigo**, cuyo auxilio a la justicia se produce al declarar sobre aquello que ha visto, oído o conoce personalmente.

Con frecuencia no obstante los **informes clínicos** que el médico expiden en su práctica profesional, son presentados en el ámbito judicial por interés de una de las partes del proceso. Estos informes clínicos no están confeccionados para ser informes periciales estricto sensu, pero son utilizados en ocasiones como tales por motivaciones muy diversas. Cuando un médico es llamado ante un tribunal para ratificarse de un informe clínico que haya emitido con respecto a la asistencia o tratamiento efectuado a un paciente, aparece una nueva figura que incorporó la Ley de Enjuiciamiento Civil en el 2000 y es la de **“testigo-perito”**.

Las **causas para que este intercambio de papeles** o roles se produzca en el caso de los médicos, son muy variadas:

- Unas son de índole estrictamente procesal (necesidad de ratificación de un informe clínico que es “aprovechada” para hacer actuar al médico como perito);
- Otras se deben a veces a una cierta confusión administrativa a la hora de efectuar las citaciones por el personal auxiliar de los juzgados;
- También se puede producir esta confusión de una forma más torticera, al querer los letrados utilizar “gratuitamente” la información que el médico tiene a través de su práctica asistencial (historia o informe clínico) en un proceso judicial.

Sea cual sea la causa que condiciona este nombramiento, lo que resulta necesario conocer es que es una figura absolutamente legal, que existe como tal de forma independiente de las figuras de testigo y de perito y que es de obligado cumplimiento acudir a la llamada del tribunal cuando somos citados de esa forma.

Diferencias entre la historia clínica y el informe pericial	
Informe Clínico	Informe pericial
Documento que resulta de la relación médico paciente	Documento médico legal solicitado por la autoridad o la parte
Lo fundamental es el diagnóstico	Lo fundamental es informar a la justicia
Es responsable un profesional	Puede ser realizado por un perito o corporación
Es confidencial y secreta	No está sujeto a secreto

1.1. El profesional sanitario perito y testigo

Lo primero en lo que se debe insistir, es que la justicia es uno de los tres poderes sobre los que se sustenta el estado de derecho, cuya misión fundamental es garantizar el ejercicio de los derechos y libertades de todos los ciudadanos, resolviendo los litigios que se le presentan a través de sus sentencias y resoluciones y posterior ejecución de estas.

Cuando se nos solicita nuestra colaboración como médicos ante un tribunal de justicia estamos "*obligados por imperativo legal*" a prestarla, pero ello no quiere decir en modo alguno, que no tengamos nuestros **derechos que deberemos exigir**, sean cumplidos en todo momento y que pasamos a resumir.

- El perito debe recibir siempre por parte del tribunal y de las partes, un trato acorde con su delicada e importante misión. Es un experto que ayuda a la resolución de un procedimiento y como tal debe ser tratado. En caso de que observemos una manifiesta hostilidad, descortesía, presión o intimidación, debemos solicitar el amparo de la sala, quién no debe permitir bajo ningún concepto este tipo actitudes.
- El perito esta obligado, según su leal saber y entender, a responder a las preguntas que se le hagan, pero algunas veces los abogados defensores o acusadores, intentando conseguir los mejores resultados para su patrocinado, utilizan técnicas oratorias y retóricas para poner en nuestra boca lo que no hemos dicho. En estos casos hay que hacer gala de un cierto temple e insistir en que la afirmación que se está formulando no es la que nosotros hemos hecho y con toda la cortesía, pero también con toda firmeza, mantener nuestra argumentación inicial.
- También es importante recordar que el perito puede solicitar no intervenir en un proceso por los motivos que contempla la *Ley de Enjuiciamiento Criminal y Civil*, pero será siempre el tribunal que entiende del asunto, quién admita o rechace dicha solicitud, en función de las posibilidades procesales existentes en ese momento y de los criterios propios que el tribunal deberá explicar y motivar en una resolución (generalmente en forma de auto).
- Cuando la pericia es privada, es decir, cuando no la solicita el tribunal sino una de las partes, será esta quién previamente ha debido po-

nerse en contacto con el medico. En dichas situaciones es de capital importancia no permitir ninguna duda sobre nuestra objetividad, ni tampoco sobre nuestra competencia profesional.

- Es una práctica relativamente habitual, que una de las partes pretenda *descalificar al perito* en base a que ha sido contratado por la otra parte. Ello además de burdo y poco inteligente, conculca de pleno uno de los derechos que cualquier persona tiene a utilizar la mejor defensa posible, amen del principio de contradicción de las partes. El perito jura o promete decir la verdad, y no debe permitir que su declaración técnica se cuestione, por el simple hecho de "*ir de parte*"; además el falsear una declaración de forma intencional es un delito de falso testimonio penado muy severamente.
- En el caso de que la citación no sea como perito sino como testigo (generalmente por haber asistido clínicamente a uno de los litigantes), solo debemos pronunciarnos sobre aquellos aspectos de los que tengamos conocimiento directo en función de nuestra relación con el sujeto, pero en ningún caso es misión nuestra actuar como peritos, es decir exponiendo conclusiones técnicas, aportando consideraciones científicas o efectuando hipótesis o deducciones.

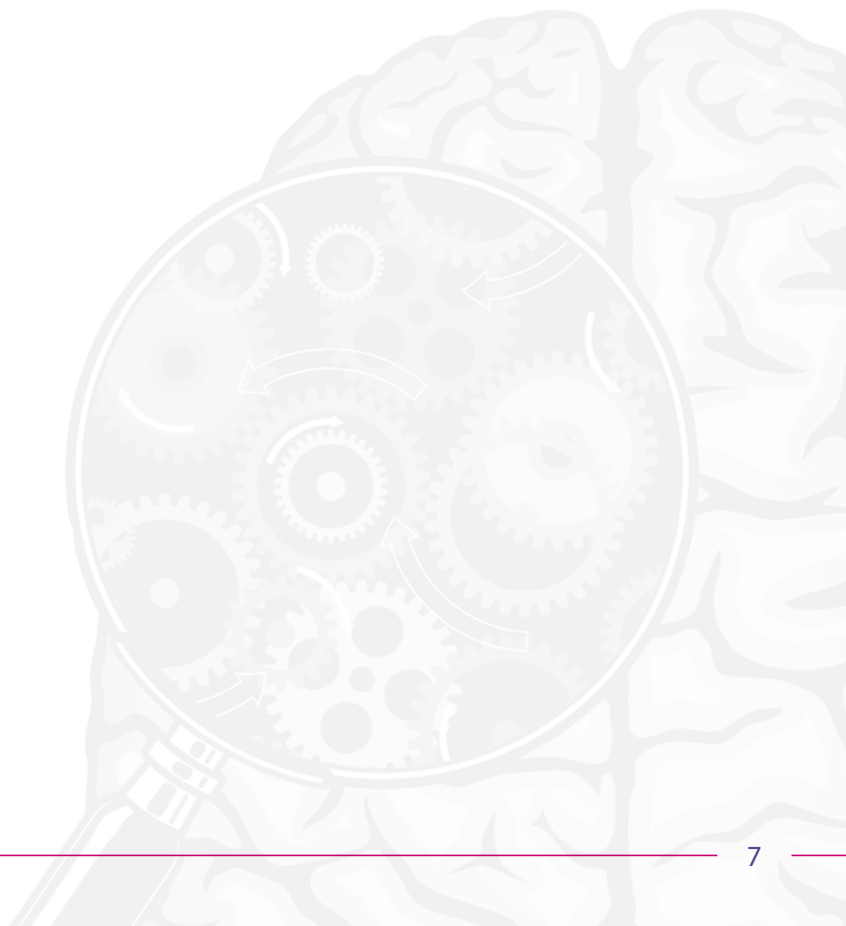
Esta situación es muy frecuente en los profesionales médicos, quienes son citados muchas veces como testigos o testigos peritos, aunque posteriormente su actuación real es la de perito. Ello ocurre sobre todo por constar en el procedimiento, informes clínicos que el profesional sanitario ha podido emitir previamente con una finalidad exclusivamente asistencial, siendo llamado para efectuar la preceptiva ratificación en la vista oral, "aprovechándose" la situación y convirtiendo muchas veces la prueba testifical en una "prueba pericial". En estos casos debemos exponerlo ante el tribunal siendo éste el que decidirá sobre la pertinencia de la pregunta y sobre la obligatoriedad de nuestra respuesta.

Por último, solo recordar que además del **imperativo legal, es un deber cívico el colaborar con la administración de justicia** y que a lo largo de la vida de cualquier profesional sanitario dedicado a la psiquiatría, es más que probable que tenga que acudir ante un tribunal, ya sea en calidad de testigo o de perito, por lo tanto, **nos conviene conocer tanto los derechos como los deberes** que ello con-

lleva para evitar situaciones desagradables o incómodas. La forma mas sencilla es **conocer las Leyes** que rigen nuestra actuación y presencia ante un tribunal, el resto son solo opiniones, cuando no elucubraciones, de las que andamos bastante sobrados.

El informe pericial

- **Debe poner luz y no crear más dudas y sombras de las que ya existen**
- **Sus características esenciales son:**
 - Claridad
 - Rigurosidad
 - Imparcial



2. - EL INFORME PERICIAL COMPLETO

2.1. El informe pericial desde la óptica del juzgador

La prueba pericial no es sino un **medio de prueba o actividad probatoria tendente a facilitar la percepción, apreciación o interpretación de hechos objeto de debate en un proceso**. Si bien en los distintos órdenes jurisdiccionales (civil, contencioso-administrativo o social) la prueba pericial sigue el mismo patrón común de medio de prueba, la situación cambia sutilmente cuando hablamos del proceso penal. En el **proceso penal**, la prueba pericial llega a centrar sus esfuerzos en dos enfoques claramente diferenciados:

1. Por una parte, la determinación de concretas cuestiones o aspectos referentes al hecho punible; a permitir la correcta o definitiva definición del delito cometido, su *tipificación*; demostrar que el mismo se ha cometido, o su alcance y repercusión jurídica (trascendencia del daño material causado, apreciación de circunstancias agravantes...), y atribuir a persona determinada su comisión.
2. Por otra, convirtiendo al ser humano, en su condición de sujeto activo del delito, al autor, o a la víctima en su condición de sujeto pasivo, como objeto mismo de la pericia. Las capacidades de entendimiento y voluntad y su relación con el delito que se atribuye a determinada persona, desde la perspectiva de su condición de investigado, o las repercusiones del hecho criminal cometido o del sometimiento de la víctima al proceso, son elementos que forman muy a menudo parte de pruebas periciales.

Ámbitos jurisdiccionales de la prueba pericial

- **Penal** (imputabilidad, peligrosidad, secuelas)
- **Civil** (capacidad de obrar, familia e internamiento)
- **Otras:**
 - Procesal (testificación del enfermo y capacidad del enfermo para ser parte)
 - Laboral (minusvalías, derechos del enfermo al trabajo, Burnout)
 - Canónico (nulidad, votos religiosos)
 - Milita (aptitud profesional y ascensos)

Pero una de las cualidades que más marcadamente diferencian a la prueba pericial de los restantes medios de prueba (testificales, declaraciones de las partes, documentales...) es que en no pocas ocasiones la prueba pericial adquiere una **finalidad esencialmente accesoria de otros medios de prueba**. Generalmente va orientada a confirmar o refutar el valor probatorio de otros medios de prueba.

Por poner ejemplos:

"se comprueba la autoría de una firma negada en cuanto a su autenticidad en un documento mediante una pericial caligráfica"

"se descarta la existencia de contractura cervical interpretando radiografía o resonancia magnética que consta en la historia clínica de persona que reclama una indemnización por una colisión por alcance"

En otras asume el cometido de permitir la interpretación de otros medios de prueba, que incluso podrían tener una naturaleza a su vez pericial. Ejemplo claro de ello podría ser *"el perito ingeniero en telecomunicaciones cuyo cometido es valorar y explicar el resultado de pruebas sonométricas realizadas respecto de un determinado foco contaminante"* (por ejemplo, un bar de copas ubicado en los bajos de un edificio de viviendas).

Ello no quiere decir que la prueba pericial no llegue a tener nunca autonomía propia. **La prueba pericial también puede llegar tener la naturaleza de un medio directo de prueba** (búsqueda de restos de sangre o huellas biológicas en el escenario de un crimen), o adquirir una **finalidad heurística** (estar encaminada a la obtención de medios de prueba); como sucede en muchas ocasiones en el proceso penal. *La detección de presencia de sustancias acelerantes en muestras del escenario de un incendio de un hogar demuestra su carácter no accidental; la detección del principio activo THC en una navaja es la prueba directa de que ésta está destinada a la difusión/distribución de hachís*. En tales circunstancias la actuación del perito pasaría entonces por dos fases distintas:

- **Fase heurística** o de obtención de medios de prueba a través del empleo de procedimientos científicos o técnicos.
- **Fase de exposición**, defensa y explicación del procedimiento empleado y de las consecuencias obtenidas.

La prueba pericial tiene una finalidad muy concreta: **aportar al juez aquellas máximas de experiencia, conocimientos, de las que carece por la limitación de sus**

conocimientos científicos o técnicos. Obviamente, el juez no tiene obligación de tener conocimiento o experiencia en todas las ramas del saber o de la ciencia. Su obligación no va más allá del conocimiento del derecho; que no es poco. Por eso necesita, o puede necesitar, del aporte de esa razón de ciencia o de conocimiento sí al alcance del perito.

Ello no significa que cualquier hecho que pueda ser objeto de una prueba pericial, necesite de ésta para poder ser objeto de prueba; de ahí que hablemos en términos jurídicos de **máximas de experiencia.** El juez no necesita ni de un traumatólogo ni de un físico o ingeniero industrial para comprender que una colisión por alcance, produce un violento empuje hacia delante sobre el conductor del vehículo alcanzado, capaz de generar una contractura cervical; aunque sí podrá necesitar el auxilio de un experto en cinética, física dinámica o ingeniería mecánica para comprobar la verdadera gravedad de la colisión (cálculo teórico de velocidades en el momento de la colisión, energía proyectada sobre los ocupantes del vehículo precedente,...); o en traumatología para valorar la existencia real de una rectificación cervical y su trascendencia a nivel funcional del lesionado.

Obviamente, la procedencia de una prueba pericial para la demostración de hechos que pudieran resultar notorios para el juez o cualquier persona, debe ajustarse a criterios de razonabilidad. Si bien es comprensible que no sea preciso traer como perito a un experto en física para que explique que todo objeto que quede suspendido en el aire tenderá a caer por efecto de la ley de la gravedad, podría necesitarse la práctica de una prueba pericial traumatológica, por mucho que el Juez sea también Doctor en Medicina, con especialidad homologada en traumatología; tampoco presentar como perito a un auditor de cuentas para que sume aritméticamente el importe de las facturas que se pretenden relacionar como daños y perjuicios consecuencia de la colisión por alcance. La prueba pericial sirve también para el reforzamiento de la prueba de una de las partes; y no debemos olvidar que la decisión del juez puede ser sometida a revisión, recurso, ante otro órgano jurisdiccional que no tiene por qué dominar tales conocimientos. **La opción del juez por rechazar una prueba pericial por dominar las máximas de experiencia debe ser debidamente ponderada;** y debería tener como patrón el conocimiento medio que cualquier ciudadano pudiera tener sobre determinada técnica, ciencia o arte.

La **prueba pericial médica** no es sino una modalidad de prueba pericial; aunque bien es cierto que en términos estadísticos pudiera detectarse una clara preponderancia de esta pericia frente a las demás en la práctica forense. Ésta, y no otra, es la razón por la que en la *Ley de Enjuiciamiento Criminal –LECRIM–*, sea la pericial médica el único supuesto que cuenta una detallada regulación.

La prueba pericial médica adquiere un especial predicamento en el derecho de:

- daños (accidentes de tráfico, delitos dolosos, negligencia médica,..);
- en materia de estado civil y derecho de familia (incapacitaciones, sometimiento involuntario a determinadas intervenciones médicas, internamientos voluntarios);
- sistema de Seguridad Social (grados de incapacidad, repercusión jurídica de accidentes laborales), y
- en el derecho penal en sentido estricto (valoración de estado de salud mental, valoración de lesiones causadas para diferenciación de delitos cometidos,...).

Puede que en ocasiones se reclame del perito no solo la aportación de sus conocimientos científicos artísticos o técnicos; sino también que declare sobre aquellos hechos o circunstancias que ha podido percibir por sus propios sentidos. Es lo que ha venido a definirse como **testigo-perito**. Las diferencias entre uno y otro son evidentes:

- el testigo, por definición, no aporta al proceso conocimientos, sino hechos o experiencias que ha percibido por alguno de los sentidos (*escuchó un disparo a las 13:15 h, vio al asesino con sus hijos cuando se montaron en el coche para ir a la casa de campo familiar...*).
- Sin embargo, hay ocasiones en que el testigo, que tiene conocimiento de determinados hechos relacionados con el objeto del proceso, participa además de la condición de perito, de persona que puede interpretar o valorar, gracias a su razón de ciencia o conocimiento especializado aquello que ha percibido.

Podríamos citar como ejemplos de esta especial condición del testigo-perito:

- **El guardia civil de tráfico, especializado en la confección de atestado** de accidentes, que no solo ve el escenario del siniestro e interactúa entre partes y testigos (*toma declaraciones, oye versiones, ve actitudes y comportamientos*), sino que también cuenta con conocimientos técnicos para dar una razón de conocimiento de la forma de ocurrir el siniestro a la vista de la información recopilada en el lugar del siniestro; aunque no haya sido testigo visual del momento en que el accidente ocurrió.
- **El médico que examina y se encarga del seguimiento de un paciente;**

y es citado a juicio por una de las partes, por ejemplo, para confirmar o descartar la existencia de una concreta lesión, o permitir dar razón de conocimiento del estado de salud mental del paciente instantes después de la comisión de un delito.

Este concepto de testigo-perito, que en un principio solo era reconocido por la jurisprudencia y la doctrina procesal, encontró encaje en el actual art. 370.4 de la *Ley de Enjuiciamiento Civil*; el cual sí contiene una referencia expresa a las peculiaridades de la declaración del testigo-perito; reconociendo en éste la posibilidad de aportación de sus conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos (***“...el tribunal admitirá las manifestaciones que en dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos”***). La ley considera al testigo-perito como un testigo que posee determinados conocimientos científicos o técnicos, que le permiten valorar, en base a éstos, los hechos que ha percibido por alguno de sus sentidos.

Sin embargo, **el Código de Deontología Médica de 2011 previene de la actuación de los médicos como testigos-peritos**. El art. 62.8 del *Código de Deontología Médica de 2011* dispone que:

“El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada”.

La razón de ser de esta prevención que hace el Código Deontológico, radica en buena parte en el riesgo de pérdida de imparcialidad en que podría incurrir el médico asistencial si a su vez es propuesto como perito; así como en la posibilidad de tener que verse forzado a romper su obligación de secreto profesional como consecuencia de la información que obtiene del paciente durante su prestación asistencial.

Éticamente se genera un serio conflicto, toda vez que el paciente participa al médico de sus intimidades ante la confianza que le genera la existencia del secreto profesional; que posiblemente no facilitaría a éste de tener en cuenta que esa misma información podría ser utilizada incluso en su contra en un eventual juicio. La obligación deontológica del médico asistencial habría de pasar por no ofrecerse al paciente como posible perito, o aceptar una proposición de éste en tal sentido. Y si la condición de testigo-perito trasciende en el curso de su interrogatorio en juicio (una de las partes le pide que valore según su conocimiento científico la posible etiología de una lesión cervical que atendiera), siempre podrá poner respetuosamente en conocimiento del juez la existencia de ese deber deontológico de deber de secreto profesional; estando a las resultados de lo que el mismo resuelva.

Nunca debe olvidarse que el art. 62.3 del *Código Deontológico* establece que una vez que compareciere el médico para testificar, se limitará éste a “...**exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico**”.

Sin perjuicio de las especialidades propias de las jurisdicciones social –Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, art. 93-, y contencioso-administrativa –Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, art. 60-, hemos de acudir a la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil –Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en adelante LEC- para encontrar la norma que, con carácter general y a la vez supletorio de las demás leyes procesales, regula la prueba pericial –arts. 335-352-.

La LEC considera procedente la prueba pericial “...**cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar los hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos**”. La ley ha optado por un esquema en el que **el modelo prioritario es el de la aportación de parte**, en el que no se solicita al juez que designe un perito para que acometa determinada pericia; sino que son las partes quienes deben presentar la prueba pericial, por regla general junto con la demanda o contestación a la demanda, salvo que se alegaran causas sobrevenidas para su ulterior aportación. La prueba pericial, el dictamen pericial, se concibe por ello como un documento escrito confeccionado por el perito en el que éste, bajo juramento o promesa, emite su dictamen.

Como **excepciones a esta regla** general, cabe la posibilidad de realización de la prueba pericial por designación judicial en fase probatoria en los siguientes supuestos; siendo en tal caso el perito designado, según los casos, bien entre profesionales al servicio de las Administraciones Públicas (por ejemplo, médicos pertenecientes a un servicio público de salud), bien por sorteo de entre los profesionales del ramo integrados en listas de peritos facilitadas por los distintos colegios profesionales:

1. Cuando alguna de las partes tenga reconocido el derecho a la asistencia jurídica gratuita (Ley 1/1996, de 26 de enero, de asistencia jurídica gratuita).
2. A petición de alguna de las partes; siempre que su práctica se considere pertinente y útil. Tal opción puede ser interesante cuando se pretenda garantizar la total imparcialidad del perito designado judicialmente.

3. Por decisión del juez de oficio en determinados casos (procedimientos de filiación, paternidad, maternidad, capacidad de las personas o procesos matrimoniales).

El tratamiento de la **prueba pericial en la Ley de Enjuiciamiento Criminal**. *LECRIM*, arts. 456-485- se distancia claramente del tronco común de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). En el proceso penal la prueba pericial será procedente "...**cuando para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos**". Las grandes diferencias existentes respecto de la norma común que representa la LEC radican, por una parte, en la estructura del proceso penal en dos fases: de investigación y plenario o juicio oral; y por otra en la preponderancia de la iniciativa de oficio, de la sola decisión del Juez de instrucción durante la primera de estas fases. La pericial que se practica en sede de instrucción es una diligencia sumarial, de investigación; orientada como tal a recabar elementos de convicción que permitan, en su caso, el paso a la fase intermedia o de acusación, y eventualmente a la celebración del correspondiente juicio oral. Sin embargo, la pericial que se practica, bien mediante ratificación, bien mediante realización de la pericia, en el plenario, pasa a ser un medio de prueba. En el proceso penal hay una preferencia absoluta por la designación judicial del perito, bien se practique la pericia de oficio o a instancia de parte; aunque no se niega la posibilidad de aportación de pericias de parte, incluso durante la instrucción, sometidas como tales a las reglas generales de la LEC.

El dictamen pericial ni vincula al juez en cuanto a sus resultados o conclusiones, ni hace prueba por sí mismo; está sujeto a valoración por el juez. Rige a este respecto un **principio de libre valoración de la prueba**. El juez ha de valorar la prueba pericial conforme a lo que se define como **reglas de la sana crítica**. El dictamen pericial es objeto de valoración por el juez. El perito se limita a aportar sus máximas de experiencia especializadas al objeto de ponerlas a disposición del juez; y éste puede o no asumir la metodología, calidad científica o conclusiones a las que llega el informe pericial. Para no asumir tales conclusiones podrá acogerse, bien a lo que concluya otro dictamen pericial contradictorio (el perito experto en traumatología sí aprecia una rectificación cervical no apreciada por un generalista máster en valoración de daño corporal); bien a la confrontación con los hechos o de sus propias máximas de experiencia (se rechaza un informe biomecánico del siniestro que concluye que la velocidad en el momento de la colisión es incompatible con la causación de un daño a nivel cervical, ante las evidencias que sí demuestran su existencia), bien a la apreciación de circunstancias que pudieran afectar a la credibilidad subjetiva del perito (el valorador del daño personal, que suele emitir informes para la misma entidad aseguradora, puntúa la secuela por la leve contractura cervical como síndrome

postraumático cervical y a su vez algias postraumáticas sin compromiso radicular, adjudicándoles la mayor puntuación posible y considerando que es una causa de incapacidad permanente parcial para el ejercicio de la actividad profesional del lesionado).

Pero **libertad de valoración no es sinónimo de arbitrariedad**. Toda valoración probatoria debe ser justificada, fundamentada. La fundamentación es sinónimo de exteriorización de las razones en que basa el juez una determinada opción probatoria. Todo apartamiento de la valoración de un perito debe contar con la debida justificación.

Tampoco pueden establecerse prejuicios por razón del origen de la fuente: Tan parcial puede ser un dictamen oficial como uno de parte. Aun así, resulta fácil encontrar referentes de la jurisprudencia en los que se llega a reconocer una presunción de veracidad al informe pericial oficial, frente al informe pericial de perito de parte. Por poner un ejemplo, en la sentencia del Tribunal Supremo –STS–, Sala 2ª, 934/2012, de 28 de noviembre, se llegó a considerar que los informes periciales realizados por organismos oficiales estaban exentos de la necesidad de ratificación; y que, para desvirtuar su eficacia probatoria, su mera impugnación formal carecía de efecto jurídico alguno, haciendo precisa la expresión y justificación de la causa de la discrepancia.

Sin embargo, siempre entran en juego unos **criterios axiológicos que pueden servir de guía al juez** a la hora de dar preferencia o no a una pericial de parte frente a una pericial oficial, o para valorar la eficacia probatoria de una única pericial de parte. Podríamos así establecer un principio de la mayor predisposición a la imparcialidad del perito oficial o judicialmente designado frente al perito de parte. El perito designado oficialmente no es elegido por la parte; y el cobro de sus honorarios no puede hacerse depender de la satisfacción de la parte por el resultado de la pericia. Su imparcialidad por ello, tanto objetiva como subjetiva está, por regla general, más garantizada, en tanto que exenta de posibles prejuicios valorativos.

¿Qué puede ofrecer el **perito de parte** para hacer valer la mayor calidad científica o técnica de su dictamen? El perito de parte puede confrontar frente al oficial un mayor nivel o especialización de sus conocimientos científicos (el especialista en reumatología frente al médico forense, para intentar desacreditar el origen traumático del padecimiento del lesionado de una supuesta artritis postraumática de un dedo). Pero a la vez puede mostrar una mayor calidad científica en su dictamen basado en el empleo de esos conocimientos superiores; en la utilización de medios o instrumentos más precisos o sofisticados (utilización de un mayor número de datos o informaciones, instrumentación...), o en la notoria mejor calidad objetiva en la elaboración del dictamen.

2.2. Forma eficaz de declaración y defensa del informe pericial

Acabamos de ver cómo un dictamen pericial puede tener que confrontarse con otro u otros dictámenes; y que incluso algunos de éstos pueden tener un cierto halo o presunción de mayor certeza o fiabilidad, frente a los que ha de competir. Pero incluso cuando el dictamen pericial es único, nunca hemos de perder el referente de que el mismo está destinado a ser valorado por quien no tiene los conocimientos que ostenta el perito; pero que puede estar familiarizado con el objeto de la pericia por su propia experiencia. De hecho, el juez puede contar con un conocimiento fragmentario, pero en ocasiones específico sobre concretas materias de las que haya tenido conocimiento en su experiencia profesional. Gracias a la reiteración en el conocimiento de procesos anteriores con un objeto similar, el juez puede haber adquirido criterios científicos con un fundamento suficiente como para valorar con razón de ciencia nociones sobre protocolos de actuación en determinadas actividades médicas, en ramas como la ginecología, la traumatología, o incluso la psiquiatría (por ejemplo, el criterio de la no conveniencia de la práctica de amniocentesis salvo situaciones que induzcan a pensar en la presencia de un supuesto de sufrimiento fetal).

El **previsible previo conocimiento del juez sobre una determinada materia** es un primer factor que ha de ser tenido en cuenta a la hora de manejar el lenguaje científico. Tanto el lenguaje como el objeto de la pericia y sus conclusiones han de adaptarse a la capacidad de comprensión de quien es el verdadero destinatario de la pericia.

Y es aquí donde debe centrarse buena parte de la capacidad de influencia real de un dictamen pericial: **la posibilidad de convencer a un juez con un dictamen pericial, tiene una relación proporcionalmente directa con el grado de comprensión y asimilación del dictamen y las conclusiones que ofrezca**. El dictamen debe ser científico; y ello comportará la necesidad de manejar conceptos, procesos y terminología propios del área concreta de conocimiento del perito. Pero nunca debe olvidarse que el destinatario no es otro experto que se maneje con soltura en esa concreta área de conocimiento.

Ahora bien, siempre deberíamos distinguir dos grandes momentos a la hora de defender el informe pericial:

- la redacción escrita del informe y
- su defensa ante el juzgado al practicarse la prueba.

En realidad, el dictamen pericial, tal y como es entendido en la LEC cuenta de dos partes:

- el dictamen escrito y
- su emisión-ratificación.

Uno y otro han de regirse por estrategias diversas basadas en el carácter expositivo del primero, y la finalidad de su defensa en el segundo.

El **dictamen pericial escrito** viene regulado en los arts. 335.2 y 336.2 de la LEC.

- El primero de los preceptos establece que:

“Al emitir el dictamen, todo perito deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, que ha actuado, y en su caso actuará, con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito”.

Tal norma se centra en la formalidad de la redacción del dictamen. La fórmula, claramente rituarial, no esconde lógicamente un simple formalismo; pues representa los márgenes de actuación a los que ha de ceñirse todo dictamen pericial, sobrepasados los cuales podría incluso incurrirse en delito. La **objetividad y el no posicionamiento en favor de la parte que propone la pericia**, muestran la esencia misma del dictamen pericial de parte. No hay mejor forma de convencer a un juez que guiarse por tales parámetros; y es ésta una norma de conducta que suele apreciarse con nitidez por el juez con solo enfrentarse al perito y a su defensa del dictamen.

- El segundo de los preceptos marca, aun de forma no agotadora, ciertas **directrices en la forma de emisión del dictamen**:

“Los dictámenes se formularán por escrito, acompañados, en su caso, de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la pericia. Si no fuese posible o conveniente aportar estos materiales e instrumentos, el escrito de dictamen contendrá sobre ellos las indicaciones suficientes. Podrán, asimismo, acompañarse al dictamen los documentos que se estimen adecuados para su más acertada valoración”.

Este carácter no agotador de la norma permite la adaptación del dictamen a las exigencias metodológicas y de forma propias de cada **especialidad. La primera de ellas es la acreditación** de la cualidad de especialista en la materia; exigencia que viene recogida en el *art. 340*, que habla de la necesidad de poseer la titulación oficial que corresponda a la materia del dictamen y la naturaleza de éste. No se trata de la justificación documentada, sino de su descripción; toda vez que la veracidad sobre la titulación es precisamente uno de los contenidos del juramento o promesa. Pero debe distinguirse lo que es una aportación académica de créditos, frente a la justificación de la titulación exigida para la emisión del dictamen. La aportación de créditos tiene sentido en un contexto de justificación de ostentar el nivel de conocimientos exigido y acreditar el grado de especialización o práctica. Debe evitarse por ello pecar de petulancia; y centrar su exposición a aquellos créditos que realmente tengan interés a la hora de mostrar al juez la solvencia científica del perito.

Al tratarse de una exposición escrita, es en ella donde el perito ha de mostrarse más cercano a la exposición de su informe desde la perspectiva de su ciencia, arte o técnica. El **empleo de técnicas propias del dictamen de la especialidad y su metodología** encuentran en este momento un mejor encaje que frente a su exposición oral. Que en la rama de la medicina se adaptarán al esquema clásico del preámbulo; parte expositiva; parte reflexiva, con distinción en su caso entre los aspectos exclusivamente médicos y médico legales, y conclusiones. Aun así, nunca debe perderse el horizonte de que el empleo del lenguaje y estructura propios de un dictamen científico o técnico debería conciliarse ya en esa primera fase escrita, con la finalidad de exponer al juzgador ese conocimiento y las conclusiones que del mismo se derivan. Debe el perito realizar un esfuerzo para **traducir el dictamen a un lenguaje comprensible y asequible** para quien probablemente no tendrá más conocimiento sobre la materia que cualquier otro ciudadano de a pie. El empleo de vocabulario científico presuponiendo que el juez lo conocerá es un claro ejemplo de error en la formulación de un dictamen pericial. El empleo de este vocabulario puede ir acompañado, sin perder por ello rigor científico, con una sucinta explicación de cada concepto relevante.

En la **defensa-ratificación del dictamen** varía radicalmente el centro de gravedad de la posición del perito. En la exposición o actuación de la vista, el perito pasa de exponer a tener que convencer al juez; y hacerlo además en un terreno hasta cierto punto hostil, en el que habrá de confrontarse a las preguntas o cuestionamientos de los abogados de las partes contrarias, y de forma más restringida por el propio juez, a la petición de aclaraciones o incluso a la posibilidad de ser sometido a crítica al ser confrontado con un dictamen aportado por una parte contraria. Todas estas posibilidades de actuación vienen desarrolladas con detalle en el *art. 347.1*, párrafo tercero, de la *LEC*:

“En especial, las partes y sus defensores podrán pedir:

- 1. Exposición completa del dictamen, cuando esa exposición requiera la realización de otras operaciones, complementarias del escrito aportado, mediante el empleo de los documentos, materiales y otros elementos a que se refiere el apartado 2 del artículo 336.*
- 2. Explicación del dictamen o de alguno o algunos de sus puntos, cuyo significado no se considerase suficientemente expresivo a los efectos de la prueba.*
- 3. Respuestas a preguntas y objeciones, sobre método, premisas, conclusiones y otros aspectos del dictamen.*
- 4. Respuestas a solicitudes de ampliación del dictamen a otros puntos conexos, por si pudiera llevarse a cabo en el mismo acto y a efectos, en cualquier caso, de conocer la opinión del perito sobre la posibilidad y utilidad de la ampliación, así como del plazo necesario para llevarla a cabo.*
- 5. Crítica del dictamen de que se trate por el perito de la parte contraria.*
- 6. Formulación de las tachas que pudieren afectar al perito”.*

Este mayor acercamiento al juez y a los abogados de las partes que supone la exposición oral, hace conveniente que el nivel didáctico y asequible del lenguaje empleado sean las reglas que deberían presidir el discurso expositivo del perito. Ya no se tratará tanto de exponer el dictamen y las conclusiones, sino de aportar cuantas aclaraciones o explicaciones sean precisas para que el juez pueda tomar en su justa medida en consideración el objeto de la pericia y la finalidad perseguida por la misma. Utilizando terminología propia del estructuralismo, hacer asequible el código al receptor se convierte en este momento en una prioridad.

2.3. La comparecencia pericial ante el jurado popular

El Tribunal del Jurado no deja de ser un Tribunal; pero al estar compuesto por ciudadanos sin conocimientos jurídicos ni experiencia en estrados, en la celebración de juicios, la estrategia del perito ha de amoldarse indudablemente a dicha realidad. Si bien es el Magistrado Presidente quien redactará la sentencia, **son los miembros del jurado quienes han de valorar la prueba**, justificándola; y además aplicar el derecho a los hechos que declaren probados. Son ellos, quien en definitiva son los destinatarios concretos del dictamen pericial.

Esa falta de profesionalidad y experiencia trae consigo una consecuencia incontestable: **El dictamen pericial debe adaptarse a dicha realidad**; potenciando especialmente esa estructura y contenido didácticos que habrán de caracterizar su exposición oral. No importa tanto la conformación del dictamen escrito, como su presentación y defensa ante el Tribunal. Debe tenerse muy en cuenta que los jurados suelen debatirse entre sentimientos ambivalentes: Por una parte se sienten abrumados por la responsabilidad que asumen y el escenario hostil al que se enfrentan (se acusa a alguien de un homicidio y se le piden doce años de privación de libertad; y son ellos los que deben decidir si el mismo es o no culpable, siendo testigos de una compleja liturgia en que unas y otras partes tratan de convencerles a toda costa); por otra suelen comportarse como auténticas *esponjas*: la novedad del escenario y la responsabilidad que asumen hace que atiendan hasta al más mínimo detalle de la exposición. Lenguaje verbal y corporal, oratoria y capacidad de exposición, explicación y convencimiento son claves esenciales para convencer al Jurado de las conclusiones que se derivan del dictamen. Mecanismos psicológicos y de aprehensión de conocimientos de los integrantes del Jurado pueden hacer que pequeños detalles marquen la diferencia entre la aceptación del resultado de la pericia y la aplicación de sus consecuencias en el juicio sobre los hechos probados y la culpabilidad del acusado; y más en un contexto en el que éstos no estén acostumbrados a realizar juicios de valor complejos en los que deban manejarse múltiples factores o componentes, como sí lo están los jueces profesionales. Experiencia y capacidad de empatización deben ser trabajadas por el perito como factores determinantes de su capacidad de disuasión; de hacer llegar el mensaje de lo que exponen a los miembros del Jurado y convencerles para que asuman las conclusiones de su pericia.

2.4.- “Trucos” que el perito debe conocer para su actuación en el foro

- ✓ Que no les quepa duda: **los jueces son seres humanos**; y como tales están sometidos a los vaivenes de sus **rasgos de personalidad, experiencia, presión profesional o estado de ánimo**. Al igual que un médico ha de saber adaptarse a las condiciones personales de su paciente, el perito ha de saber amoldarse al contexto de los estrados de la sala de vistas a la que acude.
- ✓ Pero nunca debe dejarse atrás un detalle fundamental: **el juicio es en sí es un acto formal y solemne**. La formalidad es una expresión simbólica del extraordinario poder que se confiere al juez que preside la sala de vistas; y ello exige respeto, no necesariamente sumisión, tanto por parte de los justiciables como de cualesquiera otros que participan en la vista, incluidos sin duda los peritos.

- ✓ La **presencia física**, la **apariencia externa del perito**, es la primera herramienta con la que cuenta para convencer al juez sobre la seriedad y rigor científico de sus argumentos. El primer contacto que tendrá el juez con el perito le llevará precisamente a apreciar tal apariencia; de la que podría extraer una primera valoración subjetiva, sea o no ajustada a la realidad. Es este, no obstante, un factor que actúa desde una perspectiva negativa. No es que el perito más elegante y pulcro sea una garantía de profesionalidad, sino que el aspecto descuidado, irreverente o socialmente inadecuado con que se presente perito en la sala de vistas, puede restar desde una perspectiva psicológica, fuerza argumentativa al discurso del perito; incluso predisponer al perito a un trato más severo por parte del juez. La falta de aseo, de compostura y el aspecto desarreglado son todos factores negativos que deberían ser cuidados. Es esencial, nunca se olvide, acudir al juzgado con la documentación personal que permita su identificación; pues en caso contrario podría incluso rechazarse su intervención en el juicio.
- ✓ El **comportamiento en la exposición del dictamen y su defensa** juega un papel más relevante. La actitud del perito, siempre dentro del respeto, insistimos, que no servil sumisión (no son imprescindibles gestos del pasado como la inclinación de la cabeza; sí por ejemplo sería más adecuado esperar a que se le invite a tomar asiento), es un paso importante a la hora de hacer llegar al juez y a las partes las conclusiones del informe y las bases científicas o técnicas que le han servido de fundamento. Debe huirse de cualquier género de prepotencia sentimiento de superioridad; incluso en aquellas circunstancias en que las apreciaciones o preguntas de los abogados se muestren absurdas o inconvenientes. Precisamente buena parte de los abogados centran la estrategia de refutación de dictámenes periciales en provocar una situación de tensión en la que el perito llegue a dudar o a mostrar conductas inapropiadas que generen una apreciación subjetiva distorsionada de su aptitud profesional; dando pie a prejuicios en el juez que le hagan dudar sobre la asunción de las conclusiones del dictamen.

Ni la entrada ni salida de la sala de vistas tienen un protocolo establecido. El perito será llamado, acreditando su identidad en ese momento (puede que se le reclamen con anterioridad); se acercará al lugar donde esté ubicado el micrófono de los declarantes y esperará a seguir instrucciones del juez sobre tomar asiento y prestar juramento o promesa. Seguidamente responderá a las preguntas que se le vayan

haciendo, tras ratificarse en su informe. En el supuesto de que sean varios los peritos cabe la posibilidad de que los dictámenes se defiendan de forma conjunta; favoreciéndose el debate contradictorio entre los peritos en aquellos puntos de discrepancia. Durante la exposición se le permitirá consultar el dictamen o la información adicional que tenga a mano. Ante la posibilidad de que las preguntas que se le hagan pudieran estar traspasando la frontera del secreto profesional, cabe la posibilidad de que ponga en conocimiento tal situación al juez; quien deberá resolver a la vista de tal alegación lo procedente, en los términos establecidos en el art. 371.1 de la LEC; pudiendo quedar el médico liberado de responder si se estima su alegato. En caso contrario, deberá acatar lo que disponga la autoridad judicial.

3. - TIPOS DE INFORMES PERICIALES

3.1. El informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción penal

El médico psiquiatra es requerido en el orden penal en primer lugar para determinar las bases psicobiológicas de la *imputabilidad*, y por tanto evaluar la posibilidad de aplicar una atenuante o eximente de responsabilidad y también, en función de lo anterior, el lugar de cumplimiento de la condena. En segundo lugar, hoy se recurre cada vez más al perito médico para tratar de establecer cálculos de probabilidad sobre la *peligrosidad* de determinados sujetos que padecen una enfermedad psíquica, en base a establecer las posibles medidas de seguridad, así como la adopción de posibles beneficios penitenciarios.

En cuanto a la imputabilidad, esta se puede definir como “*la aptitud de la persona para responder de los actos que realiza*”, o lo que es lo mismo, aptitud del sujeto para conocer el alcance e ilicitud de su conducta y para actuar libremente, pudiendo elegir entre las diferentes opciones que existan una de ellas y rechazar las demás.

Dos son por tanto las premisas que deberemos aclarar ante el tribunal del orden penal que haya solicitado la intervención psiquiátrico forense: 1) *Si existe un trastorno mental o de la personalidad* y 2) *En que grado dicho trastorno disminuye, menoscaba o, en su caso, anula*, la capacidad del sujeto para saber lo ilícito de su conducta y para actuar voluntaria y libremente.

Es muy importante dejar claro que la existencia solo de un diagnóstico psiquiátrico no es suficiente “*per se*” para modificar la imputabilidad, ya que debe existir también el segundo criterio, es decir, influir decisivamente en la conducta que es objeto de valoración. Se puede tener una enfermedad mental tan grave como puede ser el caso de una psicosis, y que esta no influya directamente en la realización de una determinada conducta, siendo precisamente esa la delicada y compleja labor del perito psiquiatra: determinar la relación causa efecto entre el trastorno y el acto que se juzga.

Por otro lado hay que tener siempre en cuenta que el informe pericial no vincula al tribunal que lo ha solicitado, esto es, no es obligatorio para el juez hacer suyas las afirmaciones o conclusiones del informe, pues el propio juez es considerado por la doctrina como el “*perito peritorum*”; ahora bien a lo que si está obligado el tribunal, como se señala en el ordenamiento jurídico, es a motivar en su sentencia las razones que le han llevado a apreciarlo o, por el contrario, a desestimarlo.

Por lo que respecta al segundo aspecto, siempre polémico y controvertido, es decir la valoración de la posible *peligrosidad* del enfermo mental esta en función de mu-

chas y diversas variables entre las que destacan: tipo de trastorno que padece, edad de inicio, adherencia o continuidad del tratamiento, tipo de estructura familiar que ha tenido y tiene el sujeto, curso que ha seguido la enfermedad, edad del paciente cuando se efectúa la valoración, coexistencia con otras patologías, etc. Por lo tanto, una vez más nos resulta imposible dar normas generales teniendo que ceñirse el informe a las características del caso concreto.

No obstante, y como este curso va dirigido no solo a psiquiatras sino también a otros profesionales, es preciso insistir en que la "fama" de violencia y peligrosidad que precede al enfermo mental es, en la mayoría de las veces, injustificada y fruto más del mito y la ignorancia que de la realidad clínica. No podemos negar que ciertos procesos como las psicosis sin tratamiento, las adicciones a sustancias (en concreto ciertas intoxicaciones de estimulantes y síndromes de abstinencia de opiáceos) y algunos trastornos de la personalidad (sobre todo el actualmente llamado trastorno antisocial), será necesario extremar la cautela en nuestro informe sobre la valoración de la peligrosidad.

En estos casos es absolutamente pertinente, además de explicar el diagnóstico al que hemos llegado, dejar lo más claro posible las posibilidades reales existentes de conductas violentas o antisociales según la casuística científica. Pero también es conveniente insistir ante el jurista que la psiquiatría no es una ciencia exacta y que nuestra capacidad predictiva, lejos de lo que algunos quieren hacer creer en los medios de comunicación, es científicamente poco consistente.

La conducta humana, y por ende sus trastornos, son impredecibles, al menos con la exactitud que lógicamente se nos pide en el ámbito jurídico para poder aplicar una pena. Por tanto, tendremos que movernos siempre en términos de probabilidad y también, por que no, de cierta humildad. La exactitud que tiene una radiografía o un electrocardiograma, por el momento no existe en psiquiatría. Ni los test psicodiagnósticos más validados, ni la más abultada experiencia clínica, nos permiten predecir taxativamente el futuro.

Resulta penoso ver cada vez con más frecuencia en los medios de comunicación, que tanto calado e influencia tienen en la sociedad actual, ciertas afirmaciones "categóricas" incluso de profesionales de la salud mental, que no son otra cosa que opiniones, siempre respetables, pero alejadas de la evidencia científica. Este tipo de aseveraciones y comportamientos contribuyen a crear una imagen equívoca de nuestra ciencia, y también a perder el prestigio que debería tener como especialidad médica. Como bien dice la sabiduría popular a través de los refranes: "zapatero a tus zapatos"; es decir, el médico, si es un científico, debe conocer sus límites, actuar

como tal y no aventurarse a dar opiniones que lejos de dar luz, lo que hacen es crear sombras, además de hacerle perder también el rigor y el prestigio profesional. La elucubración es aceptable en una discusión entre amigos tomando un café, pero no cuando la libertad, y por ende la vida de un sujeto, están en juego.

Por último, no podemos concluir este epígrafe sin recordar que el Código Penal en sus *artículos 20 y 21* señala las causas de exención y atenuación de responsabilidad criminal entre las que se encuentran: las anomalías y alteraciones psiquiátricas, el trastorno mental transitorio, los síndromes de abstinencia, la intoxicación plena, las alteraciones graves de la percepción desde el nacimiento, el arrebató, la obcecación y el miedo insuperable.

Problemas de la prueba pericial psiquiátrica

- Falta de unanimidad en el objetivo del peritaje
- Los hechos han ocurrido mucho antes
- La colaboración del paciente dudosa
- Discrepancias entre peritos:
 - Terminológicos
 - De formación
 - De contexto
 - De tiempo y exploración realización
 - Intereses contrapuestos de las partes

Cualquier psiquiatra clínico que lea esta terminología observará con facilidad que no encaja con los criterios diagnósticos que se utilizan en la práctica clínica, siendo este precisamente el trabajo a realizar. Es decir, habrá que traducir o encajar la terminología clínica con los conceptos jurídico-médicos que el Código utiliza. Solo a modo de ejemplo, el arrebató puede hacerse equiparable a términos clínicos tales como: reacción vivencial anómala, reacción ansiosa, trastorno en el control de los impulsos, reacción psicótica breve, trastorno de ansiedad, etc. A través del informe pericial se deberá explicar al jurista el diagnóstico al que hemos llegado y el correlato jurídico que este tenga.

3.2. El informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción penal

Empecemos por definir que el derecho civil es el derecho privado general que se encarga de regular los derechos de la persona, así como todo lo que se refiere a sus relaciones familiares y patrimoniales. Su texto básico es el Código Civil de 1889, compuesto por cuatro libros siguiendo el modelo civil francés de Napoleón, con la salvedad respecto a este de que en nuestro Código el libro tercero está fragmentado en dos libros. A su vez, la prueba pericial y testifical en la jurisdicción civil viene regulada por la *Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 (en adelante LEC)* y en concreto en los artículos 355 y siguientes.

Por lo que respecta al médico, su relación como perito en el ámbito del derecho civil puede tener lugar en situaciones muy diversas, y en todo caso, siempre que se lo solicite un Tribunal de Justicia; las más frecuentes son las siguientes:

1. Para determinar la existencia de enfermedades psíquicas que sean causa de incapacitación o curatela;
2. Cuando el propio médico indica o lleva a efecto un internamiento psiquiátrico involuntario, actuación esta que queda regulada en el Art. 763 de la LEC;
3. Para valorar la salud mental de aquellos padres que reclaman la guarda y custodia de los hijos en casos de separación y en el tribunal así lo acuerde;
4. En pleitos sobre impugnaciones de testamentos en los que se cuestiona la salud mental del que lo realizó.

Siguiendo el esquema del epígrafe anterior vamos a resumir los capítulos de la LEC que regulan y ordenan la prueba pericial, deteniéndonos en los que consideremos más relevantes desde el punto de vista práctico.

Lo primero que define la LEC es la **intervención pericial** expresándose de la siguiente manera: *“cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de peritos que posean los conocimientos correspondientes o solicitar, en los casos previstos en la LEC, que se emita dictamen por perito designado por el tribunal”*.

“Al emitir el dictamen, todo perito deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir la verdad, que ha actuado y, en su caso, actuará con la mayor objetividad posible,

tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito”. Este epígrafe en nuestra opinión es **aconsejable incorporarlo literalmente a los informes periciales**, incluyéndolo en el preámbulo de estos.

La LEC sigue diciendo: *“Los dictámenes periciales se formularán por escrito, acompañados, en su caso, de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la pericia. Si no fuese posible o conveniente aportar estos materiales e instrumentos, el escrito de dictamen contendrá sobre ellos las indicaciones suficientes. Podrán, asimismo, acompañarse al dictamen los documentos que se estimen adecuados para su más acertada valoración”.*

“La designación judicial de perito deberá realizarse en el plazo de cinco días desde la presentación de la contestación a la demanda, con independencia de quien haya solicitado dicha designación. Cuando ambas partes la hubiesen pedido inicialmente, el tribunal podrá designar, si aquéllas se muestran conformes, un único perito que emita el informe solicitado. En tal caso, el abono de los honorarios del perito corresponderá realizarlo a ambos litigantes por partes iguales, sin perjuicio de lo que pudiere acordarse en materia de costas”.

La LEC se expresa en los siguientes términos con respecto a la **designación de peritos**: *“El tribunal podrá, de oficio, designar perito cuando la pericia sea pertinente en procesos sobre declaración o impugnación de la filiación, paternidad y maternidad, sobre la capacidad de las personas o en procesos matrimoniales”.*

El tribunal no designará más que un perito titular por cada cuestión o conjunto de cuestiones que hayan de ser objeto de pericia y que no requieran, por la diversidad de su materia, el parecer de expertos distintos.

“Los peritos deberán poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste. Si se tratare de materias que no estén comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en aquellas materias. Podrá asimismo solicitarse dictamen de Academias e instituciones culturales y científicas que se ocupen del estudio de las materias correspondientes al objeto de la pericia. También podrán emitir dictamen sobre cuestiones específicas las personas jurídicas legalmente habilitadas para ello. En estos casos la institución a la que se encargue el dictamen expresará a la mayor brevedad qué persona o personas se encargarán directamente de prepararlo, a las que se exigirá el juramento o promesa”.

El procedimiento para la **designación judicial de peritos** según la LEC es el siguiente:

“En el mes de enero de cada año se interesará de los distintos Colegios profesionales o, en su defecto, de entidades análogas, así como de las Academias e instituciones culturales y científicas el envío de una lista de colegiados o asociados dispuestos a actuar como peritos. La primera designación de cada lista se efectuará por sorteo realizado en presencia del Secretario Judicial, y a partir de ella se efectuarán las siguientes designaciones por orden correlativo”.

“Cuando haya de designarse perito a persona sin título oficial, práctica o entendida en la materia, previa citación de las partes, se realizará la designación por el procedimiento establecido en el apartado anterior, usándose para ello una lista de personas que cada año se solicitará de sindicatos, asociaciones y entidades apropiadas, y que deberá estar integrada por al menos cinco de aquellas personas. Si, por razón de la singularidad de la materia de dictamen, únicamente se dispusiera del nombre de una persona entendida o práctica, se recabará de las partes su consentimiento y sólo si todas lo otorgan se designará perito a esa persona”.

En cuanto al **llamamiento del perito designado, aceptación, nombramiento y provisión de fondos**, aspectos todos ellos de sumo interés para los profesionales sanitarios, la LEC dice lo siguiente:

“En el plazo de cinco días desde la designación, se comunicará ésta al perito titular, requiriéndole para que, dentro de otros cinco días, manifieste si acepta el cargo. En caso afirmativo, se efectuará el nombramiento y el perito hará, en la forma en que se disponga, la manifestación bajo juramento o promesa que ordena la propia LEC. Si el perito designado adujere justa causa que le impidiere la aceptación, y el tribunal la considere suficiente, será sustituido por el siguiente de la lista, y así sucesivamente, hasta que se pudiere efectuar el nombramiento”.

“El perito designado podrá solicitar, en los tres días siguientes a su nombramiento, la provisión de fondos que considere necesaria, que será a cuenta de la liquidación final. El tribunal, mediante providencia, decidirá sobre la provisión solicitada y ordenará a la parte o partes que hubiesen propuesto la prueba pericial y no tuviesen derecho a la asistencia jurídica gratuita, que procedan a abonar la cantidad fijada en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones del tribunal, en el plazo de cinco días. Transcurrido dicho plazo, si no se hubiere depositado la cantidad establecida, el perito quedará eximido de emitir el dictamen, sin que pueda procederse a una nueva designación”.

“Cuando el perito designado lo hubiese sido de común acuerdo, y uno de los litigantes no realizare la parte de la consignación que le correspondiere, se ofrecerá al otro litigante la posibilidad de completar la cantidad que faltare, indicando en tal caso los puntos sobre los que deba pronunciarse el dictamen, o de recuperar la cantidad depositada, en

cuyo caso se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior”.

” Sólo podrán ser objeto de recusación los peritos designados judicialmente. En cambio, los peritos no recusables podrán ser objeto de tacha cuando concurra en ellos alguna de las siguientes circunstancias:

- 1.** Ser cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad, dentro del cuarto grado civil de una de las partes o de sus abogados o procuradores.
- 2.** Tener interés directo o indirecto en el asunto o en otro semejante.
- 3.** Estar o haber estado en situación de dependencia o de comunidad o contraposición de intereses con alguna de las partes o con sus abogados o procuradores.
- 4.** Amistad íntima o enemistad con cualquiera de las partes o sus procuradores o abogados.
- 5.** Cualquier otra circunstancia, debidamente acreditada, que les haga desmerecer en el concepto profesional.

“Cuando la emisión del dictamen requiera algún reconocimiento de lugares, objetos o personas o la realización de operaciones análogas, las partes y sus defensores podrán presenciar uno y otras, si con ello no se impide o estorba la labor del perito y se puede garantizar el acierto e imparcialidad del dictamen. Si alguna de las partes solicitare estar presente en las operaciones periciales del apartado anterior, el tribunal decidirá lo que proceda y, en caso de admitir esa presencia, ordenará al perito que dé aviso directamente a las partes, con antelación de al menos cuarenta y ocho horas, del día, hora y lugar en que aquellas operaciones se llevarán a cabo”.

“El perito que el tribunal designe emitirá por escrito su dictamen, que hará llegar al tribunal en el plazo que se le haya señalado. De dicho dictamen se dará traslado a las partes por sí consideran necesario que el perito concurra al juicio o a la vista, a los efectos de que aporte las aclaraciones o explicaciones que sean oportunas. El tribunal podrá acordar, en todo caso, mediante providencia, que considera necesaria la presencia del perito en el juicio o la vista para comprender y valorar mejor el dictamen realizado”.

“Los peritos tendrán en el juicio o en la vista la intervención solicitada por las partes, que el tribunal admita. El tribunal sólo denegará las solicitudes de intervención que, por su finalidad y contenido, hayan de estimarse impertinentes o inútiles. En especial, las partes y sus defensores podrán pedir:

1. Exposición completa del dictamen, cuando esa exposición requiera la realización de otras operaciones, complementarias del escrito aportado, mediante el empleo de los documentos, materiales y otros elementos a que se refiere el apartado 2 del *art. 336 de la LEC*.
2. Explicación del dictamen o de alguno o algunos de sus puntos, cuyo significado no se considerase suficientemente expresivo a los efectos de la prueba.
3. Respuestas a preguntas y objeciones, sobre método, premisas, conclusiones y otros aspectos del dictamen.
4. Respuestas a solicitudes de ampliación del dictamen a otros puntos conexos, por si pudiera llevarse a cabo en el mismo acto y a efectos, en cualquier caso, de conocer la opinión del perito sobre la posibilidad y utilidad de la ampliación, así como del plazo necesario para llevarla a cabo.
5. Crítica del dictamen de que se trate por el perito de la parte contraria.
6. Formulación de las tachas que pudieren afectar al perito”.

Por último, solo recordar lo que **taxativamente** dice la LEC y es que el *tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica. No siendo en ningún caso vinculante para este.*

En el ámbito civil, la intervención mas frecuente del medico psiquiatra como ya hemos adelantado **es el dictamen pericial** para promover la incapacitación. En dicho informe lo más importante es precisar la existencia de una enfermedad mental y cuales son sus características. Así mismo tendrá que **informar** con la mayor precisión posible **si el trastorno diagnosticado es persistente en el tiempo** y, por ultimo, **si dicha alteración le impide a la persona su autogobierno**, requisitos todos ellos explicitados en el Código Civil para restringir o anular la capacidad de obrar.

Por lo tanto, **solo aquellas enfermedades crónicas que alteren gravemente la conciencia de la realidad y menoscaben la libertad volitiva serán tributarias de una incapacitación.** Entre estas las que con más frecuencia llegan a los tribunales son:

- las psicosis, las demencias
- los retrasos mentales, aunque en estos últimos debido a la propia naturaleza y momento de aparición del trastorno, más que incapacitar lo que se suele hacer es prorrogar la patria potestad.

En todas estas situaciones, será misión del perito no solo llegar a un diagnóstico clínico, sino sobre todo determinar la influencia de dicho trastorno en el comportamiento del sujeto de cara a su vida personal, familiar, control del patrimonio y realización de negocios jurídicos (compra, venta, testamentos, donaciones, etc.). En muchos casos, al igual que ocurre en la jurisdicción penal, el dictamen pericial se efectúa con posterioridad al hecho que ha promovido el proceso de incapacitación, lo que va a dificultar notablemente la actividad del perito, debiendo este expresar las circunstancias en las que se realiza la pericia y todos aquellos elementos que la pueden distorsionar para que sean valorados por el tribunal. Será muy útil en este sentido disponer de testimonio de terceras personas (familiares, agentes de la autoridad, personal sanitario auxiliar, etc.) que nos permitan contrastar las afirmaciones que el paciente refiere. Debemos tener presente siempre que un informe pericial no es una historia clínica, ni por lo que respecta a su finalidad y, en consonancia con ello, tampoco en la forma en la que se confecciona. Además, al aceptar y realizar la pericia estamos relevados del secreto profesional con respecto al paciente, ya que es documento médico legal que va a ser empleado en un procedimiento judicial público, salvo que el tribunal decrete el secreto de las actuaciones.

También puede entrar dentro de la práctica pericial psiquiátrica el emitir informes sobre la competencia para **la guardia y custodia de los hijos** y la competencia de determinados enfermos para tomar decisiones. En estos casos lo prioritario es establecer la existencia de una alteración psíquica, y si esta disminuye o anula la capacidad de querer, entender y obrar. Para ello deberemos de efectuar la correspondiente exploración clínica y las pruebas psicológicas (test de inteligencia y de personalidad) y médicas (neuroradiológicas, analíticas, electroencefalografía, etc.) que nos permitan llegar a poder responder a lo que el tribunal necesita saber, aspecto este que en nuestra especialidad nunca es fácil, e incluso a veces no es posible.

2.3. El informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción social

Cuando hablamos de informes periciales psiquiátricos rápidamente pensamos en aquellos dirigidos a valorar la imputabilidad de un sujeto, generalmente ante un caso de homicidio o asesinato. Pocas veces se piensa en informes periciales que traten de dilucidar las posibles minusvalías y discapacidades que en el ámbito del derecho social (laboral) se pueden establecer.

Y es que el derecho laboral es quizá una parcela desconocida para el gran público salvo que deba establecer un litigio ya sea por un despido incorrecto o, como ya hemos dicho, por conseguir una incapacidad permanente como consecuencia de un accidente, enfermedad o trastorno.

2.3.1.- Aspectos específicos del informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción laboral (social).

El informe pericial psiquiátrico siempre tiene hándicap importante, y es que estamos ante un proceso, es decir, nos encontramos ante dos partes que ambas pretenden conseguir que se les de la razón, y eso es imposible. Ya que, si se le da la razón a una de las partes, se le tiene que quitar a la otra.

Si un trabajador pide que se le reconozca una incapacidad, el tribunal tiene que aceptar que el equipo de valoración de incapacidad (EVI) del Instituto de la Seguridad Social (INSS), que previamente ha hecho un dictamen, no ha hecho bien su cometido al negar la incapacidad al trabajador. Si por el contrario le da la razón al EVI y en consecuencia al INSS, el trabajador se sentirá con toda seguridad perjudicado al negarle la incapacidad que solicita.

Es importante resaltar que el informe pericial psiquiátrico en el ámbito del derecho social o laboral, es de capital importancia para que el demandante (trabajador o empleado) haga valer sus derechos ante la justicia. Es la manera correcta de poner de manifiesto sus trastornos actuales y pasados y explicar al tribunal el porqué de su minusvalía.

La administración, representada por letrados de la Seguridad Social, juega con una ventaja importante, y es que tienen a su disposición todas las pruebas, reconocimientos y exploraciones que se le hayan hecho al demandante y los respectivos informes emitidos por los médicos del servicio público de salud, informes que en líneas generales no están elaborados para entrar en un procedimiento social de incapacidad, sino que son informes estrictamente clínicos.

Precisamente por eso es sustancial el informe pericial de parte, es decir aquel que el paciente presenta y en donde se explique técnicamente los motivos y las causas que existen para que se le conceda la incapacidad para un determinado tipo de trabajo o para cualquier actividad laboral.

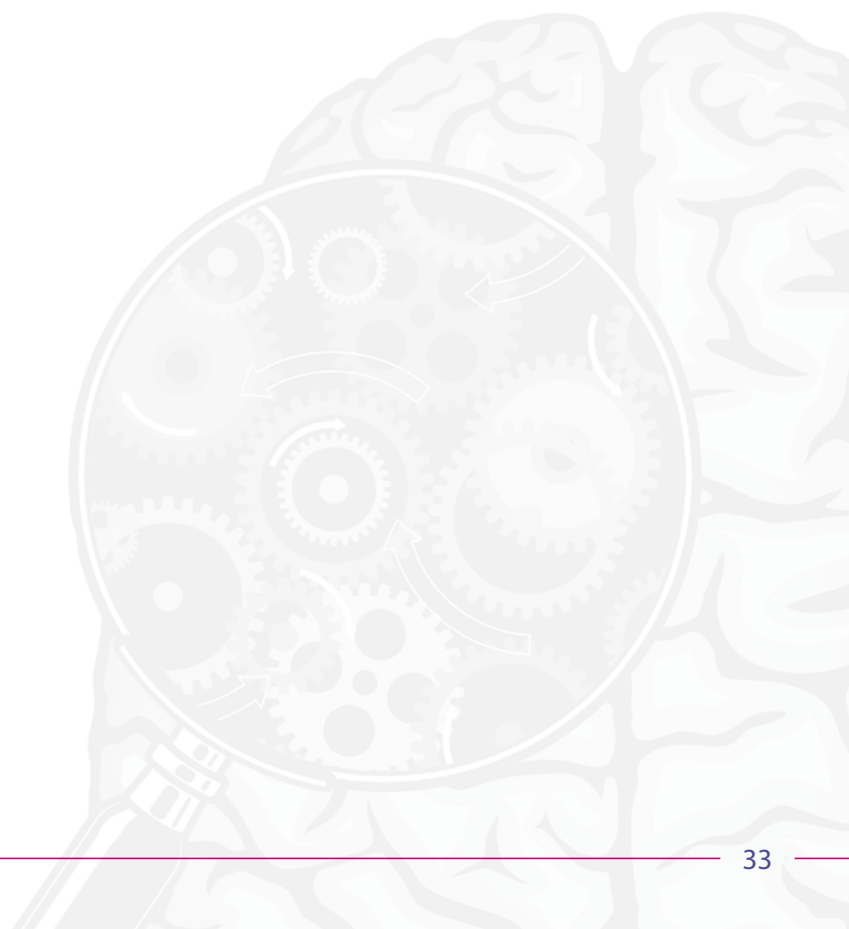
3.3.2.- Problemas del informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción laboral

El informe pericial psiquiátrico en la jurisdicción laboral tiene problemas similares a los que existen en los otros ámbitos jurisdiccionales y que en esencia son los siguientes:

- Objetivación difícil de las causas que producen la enfermedad y por la que se pretende una incapacidad.
- Ausencia de explicación fisiopatológica de la enfermedad.

- En psiquiatría no existen marcadores biológicos y por lo tanto la objetivación del daño es muy compleja.
- Dificultad para evaluar objetivamente la mejoría o remisión de los síntomas.

Por todo ello es muy importante que, ante una solicitud de una incapacidad laboral permanente, el demandante pueda presentar una prueba pericial solida, contundente y clara que acredite los extremos que solicita y los fundamentos medico-biológicos que sustentan sus pretensiones.



4. - CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL INFORME PERICIAL

De forma genérica, se denomina informe pericial **a todo documento escrito de carácter médico legal, que se emite por orden de las autoridades o, también a instancias de parte, sobre la significación de determinados hechos judiciales o administrativos y realizado por un experto en la materia en cuestión.** El informe pericial es un auxiliar insustituible para una correcta administración de justicia y aunque no es vinculante, hay ámbitos o materias jurídicas que, por su gran especificidad, su valoración es esencial para la resolución judicial.

4.1. Características

Lo primero que debemos tener presente es que **el informe pericial no es vinculante**, es decir, el tribunal que lo recibe no está obligado a tenerlo en cuenta en su sentencia. No obstante, como esta preceptuado que las sentencias deben de estar motivadas, el tribunal sí deberá explicar las razones que le han llevado a apreciarlo, o, por el contrario, a desecharlo y a no tener en consideración lo que en dicho informe se expone.

En nuestra amplia y dilatada experiencia pericial, **si el informe es sólido científicamente hablando, aséptico ideológicamente y riguroso técnicamente, es siempre apreciado y valorado por el tribunal que entiende del asunto.** No obstante al ser la psiquiatría una especialidad en donde la "objetivación" de los datos es muy difícil, cuando no imposible; la etiología de los trastornos poco conocida y la evolución y pronóstico muy variables, la pericia psiquiátrica puede ser mas fácilmente cuestionada y disminuir la importancia de la pericia, sobre todo cuando, como se observa con alguna frecuencia, se vierten opiniones muy contradictorias sobre un mismo asunto en función de las diversas corrientes ideológicas o doctrinales que tengan los peritos que intervienen, situación esta que es mas difícil de observar en otras especialidades médicas.

Abundando en lo anterior, es necesario insistir en la necesidad de que el informe pericial sea científico y riguroso, huyendo de interpretaciones u opiniones, siendo más adecuado recurrir a los criterios aceptados por la comunidad científica internacional.

En el caso del informe psiquiátrico forense serán los establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ª) y en el Manual de Diagnostico Estadístico (DSM -IV).

Todo informe pericial médico que se precie debe, ante todo, dar respuesta a lo que se le ha preguntado, y esta recomendación, aunque parece obvia, es uno de los errores que más frecuentemente se cometen por aquellos profesionales que no tienen hábito pericial.

Nuestra participación en un procedimiento judicial no debe convertirse ni en una clase para alumnos de la facultad de medicina, ni tampoco en el lugar para exhibir nuestros vastos conocimientos. Se trata simple y llanamente de auxiliar a la justicia, de poner luz y no sombras, en definitiva, de **aclarar dudas y no de crear más de las que ya puedan existir.**

Como dice Simonin, uno de los autores clásicos en Medicina Legal, *“muchas veces el saber del más afamado y cualificado de los peritos no puede ser aprovechado por el tribunal”*, ello va a ocurrir sobre todo cuando olvidamos la esencia de nuestro cometido y las personas que nos están escuchando. Lo que puede ser muy interesante en una sesión clínica o en una ponencia de un congreso, puede convertirse en una insensatez en sala de vistas de un palacio de justicia. Por tanto, y en síntesis, **claridad, concisión y rigor en la exposición.**

Por último, insistir en que el profesional llamado para asesorar a un tribunal de justicia, debe tener siempre presente que, aunque su trabajo es importante, no deja de ser una pieza más del procedimiento. Que además hay aspectos de éste que posiblemente ignore, y que en todo momento debe ser conciso, objetivo y respetuoso a la hora de hacer sus apreciaciones, para de esta forma cumplir con el cometido que se le ha encomendado y evitar que sus calificaciones puedan sembrar confusión e incluso ser malinterpretadas por las partes.

Estructura del informe pericial psiquiátrico

- Datos del que redacta el informe
- Filiación completa del informado
- Para expositiva
 - Antecedentes clínicos personales y familiares
 - Curva vital
 - Exploraciones
 - Médicas
 - Psicométricas
- Parte reflexiva
 - Consideraciones clínicas
 - Consideraciones médico-legales
 - Conclusiones (claras, concretas y concisas)

4.2. Estructura

Se podría afirmar, sin caer en la arbitrariedad, que se pueden confeccionar tantos tipos de informes como peritos existen. No obstante, es conveniente seguir unas reglas generales, que, sin ser un protocolo rígido, si nos permitan tener unas ciertas garantías de que nos estamos ajustando al buen hacer profesional, y a lo que los Jueces y Tribunales esperan de nuestra labor.

Todo informe pericial es aconsejable que se estructure en las siguientes partes: Preámbulo, Parte Expositiva, Parte Reflexiva y Conclusiones.

a) Preámbulo:

En él deben de quedar reflejado **quien es el perito** (o peritos) y cuál es su cualificación profesional, obviamente no como una muestra de petulancia sino como una manera de presentación, aval y de competencia, sobre todo en los tiempos actuales en donde hay una gran proliferación de titulaciones académicas propias (máster, especialistas, experto profesional, etc.), que pueden prestarse a cierta confusión con los títulos oficiales reglados.

También dentro del preámbulo debe quedar reflejado sobre **quién o sobre qué se hace la pericia**, en que lugar se realiza, el tiempo que se ha invertido, la técnica y pruebas empleadas y si es a instancias de parte o bien si se trata de una pericia de oficio. Por último, debe quedar consignado que **se le advierte al sujeto** que todo **lo que nos cuente o relate no esta sometido al secreto médico** y que es accesible a todas las partes que integran el proceso.

b) Parte Expositiva:

Este segundo apartado está compuesto, en esencia, por la **historia clínica psiquiátrica convencional** y por tanto debe incluir los antecedentes personales (somáticos, psiquiátricos y hábitos tóxicos), antecedentes familiares, exploraciones realizadas (médicas y psicológicas), historia o enfermedad actual y curva vital o patobiografía.

En el caso de un informe psiquiátrico forense debe de recogerse de forma literal todas las afirmaciones que hace el sujeto e intentar contrastarlas con terceras personas, para que de esta forma la objetividad de los datos sea la mayor posible. También son muy útiles los estudios psicológicos que se deben de adjuntar siempre al informe psiquiátrico y que deben ser realizados por profesionales competentes, es decir, psicólogos forenses o neuropsicólogos, según sea el problema que se está tratando.

c) Parte Reflexiva:

Este es el momento y lugar de **emitir, fundamentar y construir un diagnóstico clínico**, realizando para ello diagnósticos diferenciales que se deben de ir descartando en función de los síntomas y la evolución observada.

Hay que poner también en este apartado en relación el diagnóstico clínico con las cuestiones que se nos hayan planteado por los juristas. Por todo ello este apartado a su vez se divide en lo que se ha dado en llamar *Consideraciones Clínicas* y *Consideraciones Psiquiátrico-legales*:

1. En las **Consideraciones clínicas** el perito médico debe explayarse sobre el diagnóstico y explicarlo concienzudamente, recurriendo si es necesario a citar bibliografía que acredite sus aseveraciones, también es conveniente confrontar el diagnóstico con otras posibilidades y explicar por que se descartan estas.
2. La segunda parte o **Consideraciones médico legales** no son otra cosa que la traducción de la terminología médica empleada y la respuesta a las preguntas que las partes hayan hecho al solicitar la pericia. Por todo ello el perito debe conocer lo más ampliamente posible todo el procedimiento y además moverse con soltura por los conceptos y terminología jurídico-médica.

d) Conclusiones:

Llegados a este punto se trata de **sintetizar**, que no repetir, **todo lo expuesto en los epígrafes anteriores**. Las conclusiones no deben ser numerosas, en nuestra opinión **nunca más de tres o a lo sumo cuatro**, y su objetivo es resaltar los aspectos más importantes del informe.

Ni que decir tiene que este apartado es una deducción y síntesis de todos los anteriores.

Por último, debemos tener siempre presente, que la actuación de un perito médico puede conllevar **responsabilidad**, al igual que cualquier otro acto médico.

Para evitar digresiones innecesarias hemos resumido en la tabla siguiente lo más relevante de esta materia. Si es necesario advertir que en muchas compañías aseguradoras, la póliza de ejercicio profesional no cubre las actuaciones periciales, debiéndose establecer una póliza complementaria para tal efecto.

Responsabilidad profesional del perito

- Descubrimientos y revelación de secretos (Art. 197 y 199)
- Falsedad documental (Art. 390-397)
- Falso Testimonio (Art. 459-460)
- Cohecho (Art. 419-422)
- Obstrucción a la Justicia y deslealtad profesional (art. 463-464)
 - Citación en legal forma
 - Incomparecencia en el proceso o causa criminal (jurisdicción penal)
 - Incomparecencia voluntaria y sin causa justa

MODELOS DE INFORMES PERICIALES

Por lo que hace referencia a la **dimensión** existen dos tipos de informe:

- *abreviado*
- *extenso.*

Por lo que respecta al campo del **derecho** donde se utilicen, los más frecuentes son los informes periciales:

- *penales,*
- *civiles,*
- *laborales.*

Por último, y **en cuanto a la materia a dilucidar**, los más solicitados son los informes para valorar:

- *la imputabilidad,*
- *la capacidad de obrar,*
- *las secuelas psíquicas de una lesión y*
- *el grado de invalidez profesional que puede producirse tras una enfermedad o un accidente laboral.*

MODELO 1 (Valorar la imputabilidad en la muerte de un hijo)

MODELO DE INFORME PERICIAL PSIQUIÁTRICO

D.....

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA, ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, MEDICO FORENSE TITULAR EN EXCEDENCIA, FACULTATIVO DE AREA DE PIQUIATRIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PROFESOR DE CIENCIAS FORENSES DE LA UNIVERSIDAD.....Y PSIQUIATRA DEL HOSPITAL DE COLEGIADO EN CON EL N°

D.

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA, ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y EN MEDICINA LEGAL, MEDICO FORENSE TITUALR EN EXCEDENCIA, ACADEMICO DE LA ACADEMIA MEDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, Y COLEGIADO EN MADRID CON EL N°

EMITEN A INSTANCIA DE PARTE EL SIGUIENTE INFORME, A EFECTOS DE VALORAR LA IMPUTABILIDAD DE LA INFORMADA EN LA MUERTE DE SU HIJO RECIEN NACIDO SEGÚN CONSTA EN LAS DILIGENCIAS PREVIAS DEL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N°DE....., REGISTRO GENERAL....., N°.....FECHA DE INCOACIÓN.....

I) PARTE EXPOSITIVA

1.- ESTUDIO DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA Y QUE FIGURA EN LAS DILIGENCIAS PREVIAS

1.1) Diligencia del Juzgado de Instrucción nº 2 de fecha

En el que se recibe llamada telefónica de la Dra..... (Servicio de Urgencias del H.) quien informa de la atención prestada a y que se trata de un parto con el recién nacido muerto

1.2) Hojas de evolución clínica de la atención prestada a en el H.

Donde se describe el desgarro perineal muy limpio (parece una episiotomía) y que la imputada afirma que el bebe nació morado, cree que esta muerto, le corta el cordón y lo envuelve.

1.3) Informe preliminar de autopsia:

ASFXIA POR OSTRUCCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS por cuerpo extraño (gasa) siendo de etiología homicida. Data de la muerte en la madrugada del 3 abril, 2010.

1.4) Declaración de la madre de la imputada

Afirma que sobre las 5,40 horas acude al baño de su casa donde esta la imputada de pie, en medio de un charco de sangre, con los brazos abiertos, y mirando hacia la sangre. La mete en la bañera, la lava y la traslada a Urgencias, donde se entera que ha sido un parto, llamando al marido que se ha quedado en casa cuidando al otro hijo de la imputada, para que busque al bebe.

1.4) Diligencia de detención de por la G. Civil

A las 20,30h del 3-4-10, se procede a la detención de la imputada por un delito de asesinato.

1.5) Diligencia de la Policía Judicial (Equipo de de la G. Civil).

A las 9,25h del 3-4-10 se personan en el domicilio de la imputada e interrogan al padre (.....y a su cuñado.....), quienes han limpiado el lugar depositando el bebe muerto en el suelo envuelto con un albornoz. A las 11,45h se levanta el cadáver, a las 12,20h declara el padre y se sacan fotografías del lugar.

1.6) Diligencias previas del Juzgado de Instrucción nº

El día....., se toma declaración a en el Juzgado donde expresa su deseo de tener al bebe y luego darlo en adopción debido a su situación afectiva y económica tanto personal como familiar, que cree que nace muerto, que intenta reanimarle, que le limpio la boca con una gasa y que no recuerda lo que hace con ella, y que le corto el cordón umbilical. Que en ningún momento tuvo intención de acabar con el bebe. Que lo oculto por miedo, y que solo lo sabia una amiga que se llama..... Que no convive con el padre del bebe por problemas personales.

1.6) Informe de alta de obstetricia de

Donde se le diagnostica de una anemia leve, se advierte que se ha realizado una interconsulta a psiquiatría aconsejando control en Salud Mental.

1.7) Auto de ingreso en prisión de fechadel Juzgado de Instrucción sobre

Se decreta el ingreso en la prisión provisional, comunicada y sin fianza.

1.8) Informe Forense de fecha.....

Que el niño nació muerto y que no precisa ingreso en centro psiquiátrico.

1.9) Diligencia de la Policía Judicial (G.Civil) de.....

Coincidencia en las declaraciones de ambos padres por lo que no se procede a su detención. Informe del medico forense de guardia, en el que se determina que el cadáver había llegado a nacer y a respirar, hallándose en la tráquea una compresa, falleciendo por asfixia.

1.10) Informe Anatomopatológico referente de la madre

Donde se le diagnostica de un *carcinoma de células escamosas, sobre un liquen plano hipertrófico*.

1.11) Informe de Autopsia del recién nacido de

Concluye que se trata de una muerte violenta, de una gestación a término, que la causa inmediata ha sido una asfixia mecánica, que hay signos de vitalidad (pulmones expandidos y sonrosados, aire en estomago, meconio y docimasia hidrostática positiva) y que la causa mediata o fundamental ha sido la obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño (gasa). La data de la muerte ha sido alrededor de las 5 horas del día.....

1.12) Interconsulta a psiquiatría realizada el día durante el ingreso de en el H.

Se le diagnostica de síntomas disociativos, ansiedad y angustia.

1.13) Informe psicológico de

Antecedentes de trastorno afectivos en los abuelos que requiere tratamiento farmacológico Tratamiento psiquiátrico de la imputada a los 12 años en psiquiatría infantojuvenil por un trastorno de dependencia. Sobre los hechos que se le imputan se concluye que existió una reacción de estrés agudo.

1.14) Declaración de..... amiga de.....

Es amiga de la imputada y la única que sabe desde marzo la existencia de su gestación, le confirma que la previsión de parto es para mayo y que piensa llevar al bebe a un centro de acogida.

1.15) Declaracion de D..... compañero sentimental de

Es el padre del hijo de la imputada, están separados por problemas en la relación y también económicos. Ha presentado un escrito pidiendo las pruebas biológicas de la paternidad por que duda de ser el padre del niño fallecido.

2ª) ENTREVISTA MANTENIDA CON LOS PADRES DE

La entrevista tiene lugar en la consulta que este perito tiene en la ciudad de (Pº.....de) teniendo una duración de dos horas y media. Acuden a la entrevista ambos padres, mostrándose en todo momento correctos, colaboradores, y sobre todo muy *afectados y en gran medida desconcertados* por la problemática legal por la que está atravesando la segunda de sus hijas, algo que para ellos es absolutamente nuevo y además incomprensible, *“es como una pesadilla, de la que estoy segura que pronto despertaré”*, dice la madre.

2.1) Relato de los padres de la curva vital o biografía de

1.- La imputada nace hace 22 años en la clínica..... de tras una gestación y parto normales, pesando 3.280 grs. y midiendo 49 cms Es la segunda de dos hermanos, la mayor tiene 26 años y es también mujer.

2.- Su vida personal y profesional se desarrolla en en donde vive con su familia (C/....., nº....., , teléfono)

3.- Inicia la deambulacion a los 8 meses y el lenguaje sobre los 3 años, en la primera infancia llama la atención la existencia de un cuadro de vómitos y estreñimiento que fue tratado por el Dr....., no existiendo otras alteraciones significativas.

4.- La escolarización es normal, existiendo no obstante un cambio importante a los 12 años coincidiendo con su paso al instituto (es decir del pueblo a la capital), necesitando un tratamiento psicológico, ya que sufría un cuadro de ansiedad cuyos síntomas mas destacados eran: inestabilidad, inseguridad, miedo desproporcionado a separarse de sus padres e inquietud psicomotora que requirió tratamiento especializado tanto farmacológico (Amitriptilina) como psicoterapéutico. Esta sintomatología se fue intensificando con el paso del tiempo,

faltando con frecuencia a clase por lo que fue requerida por el Juzgado de Menores para explicar las ausencias académicas. Todo ello, unido a un escaso interés por el estudio, le aconseja realizar una formación profesional en peluquería que realiza con muy buen aprovechamiento, montando con ayuda de sus padres su propio negocio a los 18 años.

5.- Esa definida por sus padres como: "*extremadamente sensible, dócil, y muy dependiente*". Estando siempre al lado de ellos, o bien en compañía de gente mas mayor para "*sentirse protegida*".

6.- A los 16 años empieza una relación afectiva con el padre de su hijo, una persona que es 11 años mayor que ella, quedándose embarazada a los 18 años. Este embarazo, no deseado ni buscado, fue muy complicado ya que sufrió una probable gestosis (vómitos continuados sobre todo en el 1^{er} trimestre), llegando a ser necesario su ingreso por ello. De ese embarazo nace su único hijo vivo, un varón de 3.200 grs. de peso y 52 cms de talla, que preciso tratamiento por incompatibilidad Rh.

7.- La pareja, después del nacimiento del niño sigue viviendo cada uno en las casas de sus respectivos padres, ya que su situación socioeconómica no les permite hacerlo en una vivienda propia.

8.- Las relaciones entre y sus padres es muy buena, no así tanto entre esta y su pareja, presentado desde el principio algunos enfados y problemas. El niño vive en casa de los abuelos desde el nacimiento existiendo una gran unión familiar.

9.- oculta su nuevo embarazo, que según ella se produce al fallar las medidas anticonceptivas. Esta actitud de ocultamiento, decide llevarla a efecto mantenerla sobre todo por temores a un rechazo y por la precaria situación económica que pasaban.

2.2) Relato del día de los hechos:

1.- En la madrugada del....., después de haber estado todo el día con la familia eny sin presentar ninguna alteración, el padre de la informada estando ya en la cama, percibió el reflejo de la luz del baño, lo que le impedía dormir. Se dio cuenta que llevaba mucho tiempo encendida la luz, por lo que pidió a su mujer que fuera a ver lo que pasaba. Una vez allí la madre de la informada vio a su hija de pie, rígida, manchada de sangre, y como "*ida*". Le preguntó qué había pasado y la informada a penas balbucea unas palabras. La

madre muy asustada le dijo al marido que se iba a urgencias porque su hija se estaba desangrando y que él se quedara con el niño. La propia madre la ayuda a vestirse con ciertas dificultades, y posteriormente con el propio coche familiar la traslada al hospital de

2.- Una vez en el centro sanitario los médicos le informan que su hija ha parido, por lo que la madre se queda totalmente perpleja y desconcertada. Inmediatamente telefonea a su marido y padre de que se había quedado cuidando al niño, y le comenta la noticia, así mismo le dice que busque en el baño, encontrando éste al recién nacido en el alfeizar de la ventana envuelto con un albornoz y ya muerto.

3.- La madre en los primeros momentos y ya en el hospital habla con su hija con respecto a lo ocurrido, y al preguntar por qué ha ocultado todo, ésta confusa y muy cansada le responde que había sido por miedo a la reacción de rechazo que su compañero sentimental pudiera tener al encontrarse éste preocupado por sus nuevos proyectos profesionales.

4.- Los casi dos días que estuvo con su hija en el hospital, la madre nos relata que estaba muy triste, abatida, con llanto fácil, inhibición psicomotora, embotamiento cognitivo, trastornos del sueño, nula autoestima, inseguridad y también cierta perplejidad por lo que estaba pasando. *“Era como si ella misma no se lo creyera, como si le estuviera pasando a otra persona”*

3ª) ENTREVISTAS MANTENIDAS CON LA HERMANA DE LA ACUSADA

1.- Es la hermana de la imputada, tiene 26 años, esta casada y tiene un niño de 1 año, en el momento de la entrevista se encuentra embarazada de 4 meses.

2.- Afirma literalmente lo siguiente: *“Mi hermana cree que es mayor, pero es una niña, ha querido correr demasiado y se ha caído”. “Es muy buena persona, muy miedosa y siempre ha estado con gente mayor para que le dieran la seguridad que ella no tiene. Si sigue donde esta (en prisión) la van a destruir, cada vez que voy a verla la veo peor”*.

4ª) ENTREVISTA MANTENIDA CON.....

Es amiga de la informada desde que esta tiene 9 años de edad, ha declarado en el sumario y ha seguido muchas de sus vicisitudes y refiere conocerla bien. La informante tiene 34 años de edad y dos hijos. La entrevista se lleva a cabo en mi despacho profesional y tiene una duración de 1 hora y 15 minutos.

Define a la informada como: *“una desgraciada que no ha vivido la vida”, “todo le sale mal”, “nunca ha salido de casa, siempre pegada a sus padres y cuando lo hace es por que se queda embarazada con el primer y único chico que conoce”, “no es capaz de hacer lo que dicen que ha hecho, la conozco muy bien y es imposible, no mata ni a una mosca”, “ha estado siempre pegada a las faldas de su madre”, “no salía nunca de casa, solo al trabajo y con su pareja”. “Ella me confeso en varias ocasiones que pensaba tener al niño y luego darlo en adopción, nunca la oí hablar de abortar ni de deshacerse del bebe.”*

5ª) ENTREVISTAS MANTENIDAS CON LA ACUSADA

Día

1.- La entrevista tiene lugar en la Prisión Provincial de (.....), donde se encuentra recluida. La entrevista empieza de forma efectiva tras los trámites de seguridad a las 17:00h y concluye a las 18:50h. Tiene lugar en uno de los cuartos empleados para recibir a las visitas familiares y sin presencia de ningún funcionario.

Tras la auto presentación nos encontramos con una persona lucida correcta, colaboradora, aunque algo retraída, que en todo momento guarda las normas de cortesía, bien orientada en tiempo y espacio, y con un estado de ánimo muy triste por la situación en la que se encuentra. A lo largo de la entrevista llora en varias ocasiones, no tanto por el lugar donde se encuentra, como por no poder ver a su hijo y a sus padres.

2.- Nos relata que tiene las ideas muy confusas con respecto a lo que ha ocurrido y que ha motivado su ingreso en prisión. es una joven de 22 años recién cumplidos, que ha sido madre a los 18 años tras una relación afectiva que se inicia cuando ella tiene 15 años y su compañero 27 años. Su primera relación sexual la tiene a los 17 años, con el que más tarde será el padre de los dos niños

El primero que ahora tiene dos años, y el que ha fallecido y cuyo óbito motiva el presente informe.

3.- A los 18 años empieza a trabajar en una peluquería de su propiedad marchando el negocio relativamente bien. Esa “*liberación*” personal y profesional genera alguna fricción entre la pareja y ésta es la base de sus problemas de convivencia.

4.- A los 19 años se queda embarazada por primera vez, aunque la convivencia con su pareja se limita a los fines de semana. Dicho embarazo lo define como “*un accidente al romperse el preservativo*”, lo que origina tensión entre ambos ya que es vivido por ambos como un incidente no deseado ni buscado.

5.- rechaza de plano el aborto, en parte por que su educación se lo impide y también al sentirse apoyada por sus padres, quienes a pesar del contratiempo inicial, la protegen en todo para que su gestación siga adelante.

6.- Durante este primer embarazo pierde 8 Kg., hay frecuentes vómitos y mal estar general (sobre en 1^{er} trimestre), que unido al rechazo frontal que su pareja sentimental le trasmite crean en unos sentimientos de frustración y de abandono que cada vez se hacen mas intensos, expresándolo literalmente con estas palabras: “*solo mis padres y mi hermana estuvieron ahí, gracias a ellos conseguí no hundirme en la miseria, no se que hubiera sido de mi sino es por su ayuda*”.

7.- El parto es eutócico (normal), pero cuando regresa a su vida familiar, los problemas se incrementan sobremanera, según los factores causales son varios. Por un lado, la relación con su pareja está deteriorada por los problemas económicos que ambos padecen. En segundo lugar, por la frustración de no poder vivir juntos y además por que son los padres de los que tienen que mantener a su hijo y a ella misma, ya que el negocio de va en claro declive. Por ultimo, en esta situación ya complicada hay que unirle que el padre se encuentra en paro y que la madre, en fechas próximas a quedarse embarazada, le ha sido diagnosticado un proceso neoplásico.

Día.....

1.- La entrevista tiene lugar de nuevo en la Prisión Provincial de (.....), empezamos de forma efectiva tras los trámites de seguridad a las 17:00h, y concluye la entrevista y exploración a las 19,00h. Se efectúa en las mismas circunstancias que la primera vez.

2.- En esta segunda ocasión nos encontramos con una persona correcta, colaboradora, pero mucho mas triste e inhibida que en la anterior ocasión. Esta derrumbada, su autoestima es claramente deficiente, sus ideas de ruina intensas y sus miedos se han incrementado de forma notoria. A pesar de los esfuerzos evidentes no consigue impedir las lágrimas que aparecen varias veces a lo largo de la entrevista. La conversación gira casi todo el tiempo en torno a su hijo, y sobre lo que le va a ocurrir si ella sigue encerrada en prisión. Según nos manifiesta ahora es el padre quien ha asumido la guarda y custodia del niño.

3.- Su desesperanza es total, sigue insistiendo, cuando le preguntamos, en que ella no tiene conciencia de haber hecho nada malo al bebe, que solo intento limpiarle con una gasa, que no respiraba y que estaba azul, que nunca quiso hacerle daño, que sus padres habrían aceptado este segundo hijo igual que hicieron con su primer hijo.

4.- A pesar de nuestra insistencia, una y otra vez nos dice que no recuerda nada, que estaba muy mal, que esa noche empezó a notar las contracciones sobre las 12:00 de la noche, que fue al baño, que las contracciones se hacen cada vez mas intensas y que cuando quiso darse cuenta el bebe ya estaba asomando. Que se encontraba muy mareada y que no era capaz de pensar en nada.

5.- Cuando insistimos para analizar la situación nos dice: *“yo podía haber abortado sin ningún problema, pero no quise hacerlo, ¿para que lo iba a matar si podía haber abortado sin ningún problema?”* Por mucho que este perito insiste, dice no recordar nada más que lo ya comentado, salvo el dolor que tenía y que el niño no respiraba. Ella se considera incapaz de hacer lo que dicen que ha hecho.

Día.....

1.- La entrevista tiene lugar de nuevo en la Prisión Provincial de (.....), empezamos de forma efectiva tras los trámites de seguridad a las 10:00h, y concluye la entrevista y exploración a las 11:00h. Se efectúa en el mismo local y circunstancias que en las anteriores entrevistas.

La informada se encuentra muy triste y decaída, hay ideación autodestructiva, trastorno del ritmo del sueño y pensamientos reiterados y egodistónicos sobre el futuro de su hijo. A pesar de que ha habido una buena adaptación al medio carcelario y de que refiere sentirse “*relativamente cómoda*” con su compañera de celda, cree que no lo va a poder soportar. En la exploración psicopatológica se consta que la imputada esta: ansiosa, animo triste, dificultades de concentración, pesimismo vital, trastornos en el curso y contenido del pensamiento (inhibición enlentecimiento, ideación obsesiva y sobrevalorada de ruina).

Una vez superado parcialmente el estado de ánimo inicial volvemos sobre los hechos ocurridos en la madrugada del.....Se le muestra las fotos del recién nacido fallecido, las mira con detenimiento y permanece en un estado de relativo estupor. Ante las preguntas de si ella ha cometido el asesinato, lo niega con vehemencia y posteriormente aparece un llanto. La impresión clínica que se obtiene es de que sus expresiones son veraces, coherencia entre el mensaje verbal y no verbal, buena empatía, coherencia entre los datos que nos ha dado en otras ocasiones y los que nos proporciona en este momento.

6ª) EXPLORACION PSICOLÓGICA DE LA IMPUTADA *Realizado por....., Psicóloga Colegiado nº*

6.1 ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica se realiza en el Centro Penitenciario de donde la informada está interna desde hace 4 meses tras haber dado a luz en el cuarto de baño de su domicilio a un varón, que posteriormente aparece muerto, envuelto en una sábana en el alfeizar de la ventana.

Antecedentes Psicopatológicos Familiares:

Madre de 47 años empleada en trabajos de limpieza. Padre de 48, de profesión camionero, actualmente en paro. Hermana de 26 años, lleva aproximadamente 2 años viviendo con su pareja y el hijo de ambos, en una localidad cercana. La informada refiere muy buena relación con todos. No refiere antecedentes de interés psicológico-psiquiátricos.

Antecedentes Psicopatológicos Personales:

Refiere que empieza a andar a los 8 meses y a hablar a los 3 años.

Calificada como una niña tímida, nerviosa, inquieta y muy miedosa “*a todo, sobre todo a la gente, a que me hicieran algo...*”).

Tomó antidepresivos durante un año, coincidiendo con el paso del colegio al instituto, “*era la primera vez que salía del pueblo (.....) y de mis padres para ir sola a*”. Se siente sola, desprotegida y vulnerable y le cuesta adaptarse.

Curva Vital Premorbosa:

Cursa estudios hasta 3º ESO con escaso rendimiento y posteriormente realiza un curso de peluquería. Pareja desde los 15 años, él 26 años, nunca han convivido juntos; hasta la actualidad ambos han permanecido en sus respectivas casas paternas. “*Al principio la relación iba muy bien, me sentía protegida y me atrevía a hacer cosas que sola no me hubiera atrevido*” (por ejemplo, entrar en un establecimiento a tomar una hamburguesa). A los 18 años se queda embarazada, aunque, según refiere, no se da cuenta hasta los 2 meses y medio, ya que padece sangrados por los anticonceptivos. También por entonces, empieza a trabajar en una peluquería con una compañera y se saca el carnet de conducir. Esto parece que contribuye a crear algunos conflictos entre la pareja. La pareja se distancia, pero se ven esporádicamente.

Hace un año aproximadamente vuelve a quedarse embarazada (refiere que se rompe el preservativo). No se lo cuenta nada más que a una amiga. A sus padres se lo oculta por que no quiere cargarles con lo que supondría otra manutención porque parece ser que la peluquería no prospera y sus padres la mantienen a ella y al niño.

Refiere que deja pasar el tiempo pensando en posibles soluciones como dejarlo en un centro de acogida o darlo en adopción y recuperarlo posteriormente..., acudir ella al hospital y volver a casa con todo finalizado...El parto se adelanta y “*me pilla desprevenida...*”, “*estuve mal durante todo el día y por la noche (los demás estaban durmiendo) sentí como ganas de ir al baño*”. Allí rompió aguas y empezaron los dolores cada vez más fuertes y persistentes, “*intenté retener al niño para que no saliera, pero salió morado, no reaccionaba, le empezó a salir como un líquido por la boca e intenté limpiárselo con una gasa...y a partir de ahí, no recuerdo más*”. Su madre la encontró llena de sangre, según le cuentan, la mete en la ducha y la llevan al Hospital, “*oía las voces como en la lejanía*”. Estuvo allí hasta que la fueron a detener, e ingresó en prisión

6.2 PRUEBAS PSICODIAGNOSTICAS APLICADAS

6.2.1) MCMI-III: Es uno de los instrumentos con más prestigio internacional en el campo de la evaluación en psicología clínica y psicopatología. Viene utilizándose de forma continuada y progresiva desde los años sesenta. Facilita la distinción entre trastornos clínicos y trastornos de la personalidad y permite evaluar los trastornos mentales y de la personalidad según los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Evalúa 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

El perfil del **MCMI-III** señala que la imputada presenta rasgos de personalidad **Evitativa y Dependiente** y un moderado **Trastorno Adaptativo con ánimo depresivo**

..... tiende a permanecer en guardia, preparada para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza de los demás. Procura mantener un control constante de sus impulsos y anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que ha experimentado con otras personas. Se protege a sí misma mediante la retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse ha aprendido que es mejor negar esos sentimientos y mantener la distancia interpersonal.

Busca relaciones en las que se pueda apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo y demanda repetidas señales de aceptación y aprobación. Adopta un papel pasivo en las relaciones con falta de iniciativa y autonomía.

Presenta sentimientos de desánimo y culpabilidad, carencia de iniciativa y baja autoestima. Puede haber sentimientos pesimistas hacia el futuro, rigidez en la personalidad, alejamiento interpersonal y social, pobre concentración, pérdida de interés por las actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en el cumplimiento de tareas ordinarias y rutinarias.

6.2.2) 16-PF: Es uno de los cuestionarios clásicos en la medición de los rasgos de personalidad. Permite estimar 16 factores de personalidad o de primer orden que correlacionan entre sí y permiten identificar cuatro dimensiones más globales o de segundo orden (Ansiedad, Introversión, Autocontrol y Dependencia), así como dos escalas de control de las respuestas que miden Distorsión motivacional y Negativismo (respuestas al azar).

El perfil del **16-PF** señala una persona muy dependiente, insegura e inestable, con un yo débil y quebradizo. Puede presentar problemas de autocontrol, respondiendo rápida e intensamente a cada impresión con el correspondiente estado de ánimo. Muestra dificultad para manejar conflictos, se atormenta con preocupaciones y dudas, se desazona e inquieta, se bloquea si se siente amenazada y tiende a reaccionar con descontrol neurótico en situaciones de tensión.

Se muestra sumisa, dócil y conformista, se deja dirigir por los demás y se somete con facilidad, resultando manejable, dependiente y servil. Proporcionalmente, también demanda libertad para poder ir a su aire y decidir por sí misma, pudiendo mostrarse terca y obstinada.

Presenta sentimientos de inferioridad y falta de confianza en sí misma, timidez, indecisión y escasa habilidad social. Le cuesta relacionarse, teme a los demás y se muestra cohibida y cautelosa.

Poco creativa, va a lo seguro e inmediato y resulta un tanto prosaica y exenta de brillantez. Muestra una elevada tensión, angustia y ansiedad.

6.2.3) El test de la figura humana de KAREN MACHOVER consiste en dibujar una persona y a continuación otra del sexo contrario a la que se dibujó en primer lugar; con ello se pretende la manifestación de conductas verbales, expresivas y motoras que proyectan en su ejecución, datos para el análisis de aspectos de la personalidad. El **MACHOVER** subraya inmadurez, rigidez en la personalidad, dependencia, oralidad y pasividad.

6.2.4) La Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS), fue diseñada para evaluar los procesos intelectuales con puntuaciones específicas para cada prueba valorando por separado los **test Verbales, Manipulativos** y el **Total de la Escala**. Consta de 11 subtests; seis de ellos constituyen la Escala Verbal (Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Dígitos y Vocabulario), cinco la Escala Manipulativa (Clave de Números, Figuras Incompletas, Cubos, Historietas y Rompecabezas) y el conjunto integra la Escala Total.

El test de inteligencia de **WAIS** señala un **Cociente Intelectual de 87** que corresponde a un nivel intelectual **medio-bajo**.

Es de destacar que en la subescala de **COMPRESION** que valora juicio práctico; comprensión y adaptación a situaciones sociales; comportamiento social aceptable y eficaz; ante la pregunta: “*Si te perdieras en un bosque durante el día, qué harías para encontrar la salida*”, responde: “*Me quedaría allí..., me pondría muy nerviosa y no sabría qué hacer..., andaría...*”.

6.3 CONCLUSIONES PSICOPATOLÓGICAS

En función de los resultados obtenidos en las pruebas y de la entrevista anamnéstica concluimos lo siguiente:

La informada presenta una **personalidad de base** fundamentalmente **dependiente y evitativa**, con debilidad yoica, sentimientos de inseguridad, indecisión y temor a los demás, a la acción independiente y al enfrentamiento con situaciones nuevas. Frente a las exigencias de la vida cotidiana que vivencia como problemáticas o irresolubles se angustia, se frena y bloquea, deja que “*las cosas pasen y se arreglen por sí solas*” o reacciona con descontrol neurótico ante situaciones de tensión.

Encontramos como **factores predisponentes** sentimientos de inseguridad, inferioridad e insuficiencia, miedo a los demás, hipersensibilidad a la evaluación negativa, fuerte dependencia y sentimientos de impotencia para tomar decisiones y resolver conflictos; como **factores sensibilizantes** dos embarazos imprevistos, conflictos con la pareja, sentimientos de abandono, soledad, vulnerabilidad y desamparo, sentimientos de culpa, problemas económicos y como **factores precipitantes** un parto prematuro con percepción de peligro inminente, sentimientos de impotencia y falta de control, que desencadenan una reacción psicógena situacional anómala provocando ansiedad y angustia y alterando las capacidades de discernimiento, discriminación y afrontamiento.

Todo ello compatible con los rasgos de personalidad dependiente y evitativa anteriormente detalladas y con el contenido que ofrece en algunas respuestas de ciertas subescalas del Wais que valoran el juicio práctico y asociativo, la adaptación a situaciones sociales y la reacción ante situaciones extremas.

6. 4 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

La impresión diagnóstica presentada a continuación está realizada siguiendo los criterios del **DSM-IV** (Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales 4ª edición de la Asociación Psiquiátrica Americana).

EJE-I: F43.20 Trastorno Adaptativo con animo depresivo (309.0)

EJE-II F60.9 Trastorno de la personalidad mixto o no especificado (301.9) que incluyen el *Trastorno de personalidad por Evitación* y el *Trastorno de personalidad por Dependencia*.

EJE-III Ninguno.

EJE-IV Problemas psicosociales y ambientales:

- Problemas relativos al ambiente social: Distanciamiento de la pareja y sentimientos de falta de apoyo de esta.
- Problemas laborales: Fracaso del negocio de peluquería.
- Problemas económicos: De los padres que la mantienen a ella y a su hijo y de sí misma.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o encarcelamiento.

EJE-V EEAG (Escala Evaluación Actividad Global que tiene una puntuación máxima 100) Puntuación obtenida = 61. Activa según le permite la restricción carcelaria.

II) PARTE REFLEXIVA

1.- CONSIDERACIONES CLINICAS Y MÉDICO LEGALES

En la exploración clínica, psicopatológica y psicométrica realizadas a destacan los siguientes aspectos que pasamos a exponer y a matizar a continuación.

De los antecedentes clínicos, así como de los estudios psiquiátricos y psicológicos realizados no se desprende la existencia de ningún dato, síntoma o signo que nos permita afirmar que, previamente a los hechos que motivan el presente informe pericial, la imputada padeciera enfermedad, anomalía o trastorno psiquiátrico relevante. No obstante, lo que si ha quedado evidenciado por el estudio de su biografía y por las pruebas psicológicas y psicométricas aplicadas es la existencia de un ***trastorno de la personalidad mixto o no especificado (por dependencia y evitación)*** y un episodio que podría ser etiquetado de **fobia social** por el que recibió tratamiento especializado cuando tenía 16 años.

El estudio psicológico realizado por **D^a**.....y que se adjunta a este informe se resume en los siguientes aspectos algunos de los cuales se transcriben literalmente:

- La informada presenta una **personalidad de base** fundamentalmente **dependiente y evitativa**, con debilidad yoica, sentimientos de inseguridad, indecisión y temor a los demás, a la acción independiente y al enfrentamiento con situaciones nuevas.
- Frente a las exigencias de la vida cotidiana que vivencia como problemáticas o irresolubles se angustia, se frena y bloquea, deja que “las cosas pasen y se arreglen por sí solas” o reacciona con descontrol neurótico ante situaciones de tensión.
- Encontramos como **factores predisponentes** sentimientos de inseguridad, inferioridad e insuficiencia, miedo a los demás, hipersensibilidad a la evaluación negativa, fuerte dependencia y sentimientos de impotencia para tomar decisiones y resolver conflictos.
- Como **factores sensibilizantes** dos embarazos imprevistos, conflictos con la pareja, sentimientos de abandono, soledad, vulnerabilidad y desamparo, sentimientos de culpa, problemas económicos.
- Como **factores precipitantes** un parto prematuro con percepción de peligro inminente, sentimientos de impotencia y falta de control, que desencadenan una reacción psicógena situacional anómala provocando ansiedad y angustia y alterando las capacidades de discernimiento, discriminación y afrontamiento.
- Todo ello compatible con los rasgos de personalidad dependiente y evitativa anteriormente detalladas y con el contenido que ofrece en algunas respuestas de ciertas subescalas del WAIS que valoran el juicio práctico y asociativo, la adaptación a situaciones sociales y la reacción ante situaciones extremas.

En función de todo lo anterior (biografía y estudios clínicos y psicológicos realizados) tenemos la evidencia que no creencia, que la imputada tiene desde su infancia una serie de rasgos de personalidad anómalos, que se agravan en la adolescencia coincidiendo con el estrés que le supuso el paso del colegio de su pueblo (medio conocido), al instituto de la capital (medio desconocido). Todo ello

requirió en su día (a los 16 años) tratamiento psiquiátrico al desarrollar un trastorno de ansiedad y una fobia (miedo desproporcionado) cuya fase aguda remitió en un tiempo relativamente breve.

El **Trastorno de la Personalidad por Dependencia y Evitación** que se le ha diagnosticado tanto por la exploración médica como psicológica, constituye una forma de ser, de vivir y de relacionarse consigo misma y con su entorno anormal, que limita sus relaciones interpersonales y que influye negativamente en su autoestima. Este tipo de alteración de la personalidad consiste básicamente, en creer patológicamente que necesita una protección desmedida por parte de terceros, que sus decisiones están mediatizadas por el entorno y permitir que otros controlen y gobiernen su vida.

Pasando al elemento fundamental del presente informe pericial y respecto a los hechos que se le imputan a, (homicidio de su hijo), tenemos que significar y matizar varios aspectos que consideramos relevantes y que pasamos a exponer a continuación.

En primer lugar, y con respecto a la ocultación que ha realizado de todo su embarazo, este tipo de conducta es un claro mecanismo psicológico de defensa que se denomina negación. En este caso, además del miedo relativamente comprensible que le produce, el posible rechazo de su pareja, existe un miedo patológico muy próximo a lo que en terminología médico legal se denominaría **miedo insuperable**. Esta afirmación se sustenta en dos variables: 1º) *Por la situación mantenida de tensión que está soportando durante toda la gestación.* 2º) *Por la personalidad patológica de la imputada ya descrita en los párrafos precedentes.*

En segundo lugar y por lo que respecta a su estado físico y emocional en el momento de los hechos, es muy importante tener presente que desde que se inicia el parto hasta horas después de su llegada al Hospital de, sufrió en opinión de estos peritos *un estado emocional patológico que en terminología clásica se ha llamado **Reacción Vivencial Anormal**, en terminología psiquiátrica actual se denomina **Episodio Disociativo**, y que en terminología médico legal sería equiparable al **Trastorno Mental Transitorio**.*

Por último, es muy importante resaltar que durante todo el embarazo no ha existido en ningún momento ánimo o intención de producir daño a su hijo, como ocurre con las mujeres que llevan a cabo conductas de riesgo, consumo de tóxicos, etc. Al contrario, todas sus manifestaciones (a su

amiga) expresan su intención de continuar con la gestación, llevarla a buen término y luego dar en adopción al niño.

Abundando en lo anterior, es obvio que si hubiera querido deshacerse del feto le hubiera resultado relativamente sencillo, ya que, en el ordenamiento jurídico actual, el aborto es una práctica al alcance de cualquier mujer que lo desee. Por lo tanto, resulta absolutamente incoherente y enfermizo, esperar al alumbramiento para eliminar al recién nacido con las complicaciones legales que ella conoce y que podría haber evitado con facilidad. Ello confirma **que no ha existido no ha existido en ningún momento un “animus necandi”, o lo que es lo mismo, intención premeditada de dar muerte al recién nacido.**

Otro aspecto crucial desde la óptica forense, en este caso es la existencia de una **gasa en la faringo-laringe** del neonato según el informe de autopsia, que es lo que al parecer origina una asfixia mecánica y su muerte. Además, parece ser **el único indicio incriminatorio existente.**

En este sentido es preciso tener presente que cualquier mujer sometida a un estrés (en terminología coloquial, agobio, ansiedad, miedo,) tan intenso como es el *de parir en solitario* y sin ayuda médica (aunque ya se haya sido madre previamente) puede producir, un estado emocional anormal que de lugar a conductas inapropiadas. No es de extrañar, que, en esas circunstancias, una persona dependiente, insegura de sí misma, inexperta y agobiada, aun con la mejor intención como es la de limpiar las secreciones del neonato o intentar su reanimación, realice maniobras involuntarias que originen un daño mayor que el que se pretende evitar.

En otro orden de cosas, la existencia de la gasa en la cavidad oral del recién nacido no puede hacerse equiparable a que ésta sea **la causa única y exclusiva** de la muerte, es decir no es una prueba irrefutable, sino que pueden existir otros factores o **concausas** que hayan podido originar el fallecimiento. Abundando en esta afirmación no es infrecuente observar la llamada **muerte súbita** del recién nacido, sobre todo si se trata, como es el caso que nos ocupa, de un embarazo sin control médico alguno y ante un parto sin asistencia. Sería necesario, dada la gravedad de la imputación que se está haciendo, no olvidar la elevada probabilidad de que la muerte del recién nacido sea debida a **causas naturales** en un embarazo y parto como el que se produjo. Si analizamos la situación desde otra perspectiva podríamos afirmar que una parturienta de 21 años, sola, agobiada, temerosa, probablemente hipotensa, anémica y con los dolores propios de todo parto, intento a la desesperada salvar la vida de su hijo, en esas

circunstancias las maniobras realizadas pudieron producirle la muerte de forma absolutamente no intencional e involuntaria.

Desde la óptica psiquiátrico forense, y tras el estudio medico realizado estamos en condiciones de afirmar que:

- En primer lugar, **la informada no reúne el perfil de una asesina** (en el caso de que dicho perfil exista y que suele ser el de una personalidad psicopática con frialdad emocional intensa y falta de empatía), al contrario, **es una persona tímida, insegura, familiar, que busca protección y afecto a cualquier precio**. Lo que se le puede imputar es, como mucho, una cierta inmadurez y por supuesto su falta de previsión ante una situación que no supo manejar ni resolver.
- En segundo lugar, es importante significar que estamos ante una forma, permítasenos la expresión, un tanto “rocambolesca” de dar muerte a un recién nacido, además de ser una maniobra bastante torpe, ya que en este caso la incriminación es más que segura al dejar una prueba tan grosera y llamativa como una gasa en la garganta del niño. Hubiera bastado con **ocluir suavemente los orificios respiratorios del recién nacido, para, sin dejar prácticamente ninguna huella, haberle ocasionado la muerte**.
- En cuanto al ocultamiento del recién nacido tras su fallecimiento, en nuestra opinión no fue tal, si no la lógica consecuencia de un bloqueo emocional y de un estado psicopatológico anormal fruto del brutal estrés que una situación como esta produce ante cualquier mujer, y mas a una que tiene el perfil de personalidad descrito
- Hemos insistir en que el trastorno de la personalidad mixto (por dependencia y evitación) diagnosticado no le incapacita para el cuidado de su único hijo. Lo que puede originar es una actitud de hiperprotección, pero en ningún caso debe entenderse como una enfermedad mental que pueda perjudicar el desarrollo evolutivo de su hijo.
- Por último, este perito, que ante todo es médico, quiere significar a ese tribunal ante la evolución clínica observada en que la permanencia en prisión de la imputada, quien no tiene antecedentes penales, ni ninguna trayectoria criminal, que por los rasgos de su personalidad el riesgo de evasión es inexistente, y que no hay ninguna prueba que pueda destruir, insistimos **su estancia de manera preventiva en prisión, le puede originar un daño irreversible e irrecuperable en su**

salud mental que son contrarios a los principios de prevención individual y social que el derecho penal tiene.

Conclusiones

1º) Que **D.ª**, tiene un *trastorno mixto de la personalidad* tal y como ha quedado acreditado en la parte expositiva de este informe.

2º) Que, y como consecuencia de la situación biográfica por la que esta pasando, padece un *Trastorno adaptativo con animo depresivo y ansiedad (reacción depresivo-ansiosa)*

3º) Que los diagnósticos expuestos en el punto anterior no son una enfermedad mental estricto senso, sino una alteración en la manera de ser (temperamento y carácter) que hace sufrir a la persona que la presenta, asociado a un estado animo triste originado por la imputación que se le hace y la estancia en prisión.

4º) Que respecto a los hechos que se le imputan, sufrió indubitadamente un **episodio disociativo** producido por el dolor, las alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones en sus constantes vitales, la angustia y el miedo, que duro desde el inicio del parto hasta varias horas después de su llegada al hospital.

5º) Que dicho episodio disociativo **le anuló por completo su libertad volitiva y su capacidad cognoscitiva**, llevando a cabo durante ese periodo de tiempo comportamientos semiautomáticos y actos en cortocircuito.

6ª) Que en función y en concordancia con lo expuesto en el epígrafe anterior, la enfermedad diagnosticada sería incluible en lo que en terminología médico legal se denomina **Trastorno Mental Transitorio** y que está caracterizado por:

- a) Ser brusco en su aparición
- b) Ser breve en su duración
- c) Remitir sin secuelas
- d) Anular las bases psicobiológicas de la imputabilidad
- e) Asentar sobre una vulnerabilidad previa o base psicopatológica
- f) Existir un factor causal cercano en el tiempo y fácilmente evidenciable

7º) Que en la causa de la muerte del recién nacido, pudieron intervenir otros factores o concausas, al ser un embarazo y parto de alto riesgo, sin control ni asistencia médica.

Que es todo cuanto pueden concluir y firmar estos peritos, bajo la promesa de decir verdad, actuando con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, conociendo las sanciones penales en las que podrían incurrir al incumplir su deber como peritos, ena..... de.....

MODELO 2 (Incapacidad laboral permanente)

D....., DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA,
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, Y PSIQUIATRA DEL HOSPITAL.....
(Colegiado nº..... de.....)

CERTIFICA:

Haber explorado y evaluado psiquiátrica y psicopatológicamente a D.
..... de 46 años de edad, casado, de profesional habitual
transportista, con domicilio actual en....., Tfno:
.....con DNI

La presente valoración se lleva a cabo en la consulta que el medico psiquiatra que
suscribe tiene en.....con el objeto de realizar informe
psiquiátrico para aportar en un procedimiento de modificación de **Incapacidad
Laboral Permanente Total** que tiene concedida, siendo su Letrado
D.....

En base al estudio pormenorizado de la documentación que se nos aporta, de la
entrevista clínica y exploración psicopatológica realizada al informado, se emite a
instancia de la parte demandante el siguiente:

INFORME PSIQUIÁTRICO

1.- INFORMES APORTADOS

1.1.- Informe de psiquiatría delde fechadonde se le
diagnostica **de Episodio Depresivo**, EAG 60. Explicitándose los antecedentes
previos y el empeoramiento a raíz del fallecimiento de unos familiares en el mismo
mes.

1.2.- Informe delde fecha de....., donde se le
diagnostica de un **Trastorno Depresivo** que le impide incorporarse a su actividad
laboral.

1.3.- Informe de Urgencias del Hospital.....de fecha.....donde se le diagnostica:

- Gesto autolítico
- Intoxicación medicamentosa
- Crisis comicial en contexto de privación alcohólica
- Abuso de alcohol
- Alta a las 24 horas con tratamiento psicofarmacológico (Elontril Trankimazín, Mirtazapina y Valium 5).

1.4.- Informe evolutivo del Dr.....: Pensamientos autolíticos que persisten tras su ingreso. Episodio Depresivo. Nuevo tratamiento

1.5.- Informe clínico del paciente emitido por el medico que suscribe de fecha.....donde se le diagnostica de Trastorno de Ansiedad Generalizada desde 2003. En dicho informe se manifiesta que el paciente presenta además un Episodio Depresivo Severo en tratamiento con antidepresivos duales en altas dosis y antipsicóticos. Se recomienda la tramitación de la incapacidad permanente, dada la evolución que se observa desde el año 2003 y la escasa eficacia terapéutica.

1.6.- Dictamen de la Dirección Provincial del INSS de fecha.....donde se le aprecia la existencia de un trastorno psiquiátrico depresivo por el que se le concede *Incapacidad Permanente Total con limitación para realizar actividades de especial responsabilidad y/o estrés*.

1.7.- Resolución del INSS dese le concede la pensión de Incapacidad Permanente en el grado de Total para la profesión habitual con fecha.....

2.- HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

El informado acude en el día de la fecha a la consulta y desde el inicio de la conversación se muestra embotado emocionalmente, abstraído y dando la impresión de una lejanía y empobrecimiento afectivo. El pensamiento es bradipsíquico (enlentecido en su curso).

El contenido del pensamiento muestra una clara ideación perseverante y sobrevalorada referente a su situación vital, a su incapacidad para seguir adelante y para responder a las demandas vitales elementales. Hay una severa ideación autolítica con un riesgo elevado de que se produzca actos autoagresivos y heteroagresivos.

Su actitud general, aunque es correcta, y en todo momento se muestra abordable, colaborador y guarda las normas de cortesía, impresiona clínicamente de un abatimiento intenso y un pesimismo vital severo. Como alteraciones psicopatológicas significativas destaca en primer lugar su estado anímico que refleja una tristeza evidente. Hay también una disminución importante de la atención y de la concentración y muy significativa. Existen fallos groseros de memoria (sobre todo de la memoria anterógrada o de fijación). Niveles de ansiedad basal elevados. Ha habido en los últimos días varios episodios de angustia (trastorno de pánico), así como síntomas permanentes de ansiedad generalizada.

Su lenguaje coherente, aunque de baja tonalidad y dificultado por asialia iatrogénica. Su mímica y motórica inhibida e inexpresiva. Clara conciencia de enfermedad. No existen alteraciones llamativas del juicio crítico ni de la conciencia de la realidad, aunque persiste una clara y evidente ideación sobrevalorada (en algunos momentos casi deliroide) de ruina personal y familiar.

Debemos significar que su enfermedad se inicia en 2003 existiendo durante todos estos años periodos de mejoría clínica parcial, pero siempre ha debido mantener un tratamiento médico y farmacológico de forma continuada.

Estos últimos años existen unos síntomas claramente depresivos por lo que la psiquiatra del servicio público de salud que le atiende le diagnostica de *Episodio Depresivo*, episodio que, unido a un trastorno de la personalidad de tipo obsesivo, le llevan a un intenso aislamiento psicosocial con abulia y anhedonia. La sintomatología descrita se agrava de forma notoria con el fallecimiento de su sobrino, padre y su suegro todo ello en el mismo mes (.....). A fecha de hoy el informado presenta una aceptación parcial de su trastorno depresivo, pero refiere una incapacidad para realizar cualquier tipo de tarea o actividad, debiendo de ir siempre acompañado por su mujer, ya que su embotamiento y despistes son cada vez mayores.

Por último, no existen alteraciones psicopatológicas significativas en el medio familiar, no obstante, si merece la pena significar que el padre ha fallecido hace 3 años (fracaso multiorgánico); la madre tuvo episodios de ansiedad reactivos a un accidente de tráfico en el que fallecen siete miembros de su familia (ahora tiene 80 años). Que el informado ocupa el 1º lugar de 2 hermanos. Tiene 2 hijos (14 años mujer y 26 el varón), ambos sin alteraciones psicopatológicas.

II) PARTE REFLEXIVA

1.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS

De la entrevista clínica mantenida con el informado, así como del estudio de los informes médicos que se nos han aportado, y del seguimiento realizado por el medico psiquiatra que suscribe desde el año 2003, D..... padece, en el momento actual varias entidades psicopatológicas que pasamos a enumerar a continuación:

- 1. Trastorno de la personalidad con rasgos obsesivo-fóbicos.**
- 2. Trastorno Distímico (complicado con episodios depresivos mayores)**
- 3. Trastorno de Ansiedad Generalizada.**

Todas estas entidades son de evolución crónica, algunas han sido diagnosticadas y tratadas desde hace varios años por la medicina privada y por los servicios públicos de salud (ver informes) y a pesar de los diversos tratamientos instaurados no se ha conseguido un control/remisión de la sintomatología, sino que por el contrario se evidencia una agravación de la misma con un incremento de la sintomatología afectiva, cambios que según los últimos informes a los que tenemos acceso, se ha incrementado notablemente desde el año 2013, culminando con un intento autolítico.

El informado ha presentado además patrón de consumo de alcohol excesivo de larga evolución como forma compensatoria de sus elevados niveles de ansiedad, que, aunque en este momento esta en abstinencia fluctúa en función de acontecimientos vitales.

En la sintomatología depresiva destaca una ideación deliroide de ruina con una creencia persistente, errónea e irrefutable por medio de razonamientos lógicos de

que su vida esta abocada a una situación de extrema necesidad y de que todo va a tener un final trágico. Este tono constante de animo se ve invadido por episodios agudos durante los cuales la sintomatología depresiva se incrementa notablemente, así como la angustia.

2.- CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

El informado D..... padece desde la perspectiva psiquiátrico forense las entidades clínicas expuestas en el epígrafe anterior **que le impiden desarrollar cualquier tipo de actividad laboral** y ello en base a los siguientes criterios:

La discapacidad laboral que hemos propuesto por un lado es debida a la sintomatología derivada del Trastorno Distímico (Depresión crónica) refractaria a los diversos tratamientos diagnosticado por los servicios de psiquiatría del **SERVICIO PUBLICO DE SALUD** que le han evaluado y que le impide concentrarse, mantener la atención mínimamente, retener conceptos básicos por su hipomnesia de fijación y por lo tanto realizar cualquier tipo de actividad por simple que sea.

En segundo lugar, la incapacidad laboral que preconizamos se deriva también de la medicación que debe tomar de forma continuada e indefinida, ya que está medicación, absolutamente necesaria, conlleva indefectiblemente una serie de efectos secundarios que alteran las funciones cognitivas y volitivas de forma notoria, lo que a su vez cierra el círculo e incrementa el defecto ya existente.

Por último, a todo ello hay que añadir un Trastorno de la personalidad o forma de ser que le produce una anticipación irremediable y de tonalidad siempre negativa de su vida y de sus actos.

El medico que suscribe entiende que existe a fecha de hoy un cambio importante con respecto a la valoración hecha por el INSS al existir un agravamiento, tanto del trastorno de ansiedad como de la sintomatología depresiva. Además, debemos significar al tribunal que no se ha tenido en cuenta en dicha valoración la existencia de un **trastorno de personalidad** que nuestra opinión es mas que evidente al cumplir criterios CIE 10^a del mismo, y que da lugar a una expresividad sintomática mucho mas compleja.

En función de todo lo expuesto el medico psiquiatra suscribiente considera que el informado cumple los criterios médico-legales para considerar que las

alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas que sufre le originan una discapacidad laboral permanente para todo tipo actividad laboral o profesional.

CONCLUSIONES

1º) Que el informado, D..... **padece** desde el año 2003 un **Trastorno Distímico (Episodio depresivo mayor recurrente), asociado a un trastorno de ansiedad y a un trastorno de la personalidad de tipo obsesivo.**

2º) Que dichas enfermedades le producen a fecha de hoy y en condiciones habituales de su existencia, una **perturbación importante de su capacidad de querer, entender y obrar.**

3º) Que dichas alteraciones psiquiátricas le originan **una disminución notoria e irreversible de su capacidad laboral y de relación interpersonal**, debido a los síntomas propios de las entidades diagnosticadas, así como a los efectos secundarios e inevitables derivados de la ingesta de psicofármacos.

4º) Que dichas enfermedades y trastornos, no solo le impiden obviamente desarrollar su profesión habitual de conductor, sino que también **le imposibilitan realizar cualquier actividad de especial responsabilidad y/o estrés** (como literalmente recoge el informe del INSS) lo que se puede traducir por **incapacidad absoluta.**

Que es todo cuanto puede concluir y firmar este medico psiquiatra, bajo la promesa de decir verdad, actuando con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, conociendo las sanciones penales en las que podría incurrir al incumplir su deber como informante, lo que se hace constar a petición del interesado en.....

MODELO 3 (valorar posible negligencia médica)

D.....

Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Facultativo Especialista de Psiquiatría del Sistema Nacional de Salud. y Psiquiatra del Hospital....., con DNI....., colegiado nºy con consulta profesional en

CERTIFICA:

Haber explorado y reconocido medicamente a D^a de 52 años de edad, casada, con domicilio actual C/.....). El objeto del presente informe es determinar la existencia de **daños psíquicos** como consecuencia de una intervención de cáncer de mama realizada en.....tras una **posible negligencia en el diagnóstico**. La informada es reconocida y valorada por el perito que suscribe en el día de la fecha y en la ciudad de....., donde acude a nuestra consulta profesional enpara encargarnos el presente informe pericial.

Además de la entrevista clínica y exploración psicopatológica, se ha procedido también para la confección del informe, al estudio de la documentación original que se nos aporta, así como de los documentos que por fotocopia se nos remiten, ya que los originales obran unidos al expediente personal del perito. En función de la exploración realizada y del estudio documental estudiado, se emite a instancia de la parte demandante el siguiente:

INFORME PERICIAL

1.- DOCUMENTACIÓN APORTADA

1.1.- Informe del programa de detección precoz de mama de fecha.....

Donde se considera lesión benigna densidad asimétrica, con microcalcificaciones en mama derecha negativo y control intermedio a los 6 meses.

1.2.- Informe del programa de detección precoz de mama de fecha.....

Lesión solida de carácter sospechosa, positiva para células malignas (Carcinoma infiltrante). Remisión hospitalaria.

1.3.- Informe del Hospital de la Seguridad Social de fecha.....

Se solicitan pruebas complementarias y se le diagnostica de Carcinoma Ductal Infiltrante de mama derecha con afectación axilar (estadio IIIA). Se practica mastectomía total simple derecha con linfadenectomía derecha.

1.4.- Informe de Oncología Médica de fecha.....

Se pauta tratamiento citostático y se solicita valoración para radioterapia complementaria.

1.5.- Informe de Oncología Radioterápica de fecha.....

Se realiza radioterapia externa adyuvante sobre regiones ganglionares (limitada por secuelas de quemadura previa anterior).

1.6.- Informe de Cirugía Plástica de fecha.....

Reconstrucción con expansor de secuelas de mastectomía derecha.

1.7.- Informe de la AECC de fecha.....

Participación en el taller de intervención psicoeducativa de cáncer de mama desde el 26 de noviembre de 2013 al 8 de abril de 2014.

2.- HISTORIA ACTUAL Y EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LA INFORMADA

Paciente que es explorada de forma rutinaria con fechaen la unidad patología mamaria dely a pesar de la existencia de una tumoración en la mama derecha se le dice que no se preocupe y que no ven síntomas de que sea maligno. Pasado un tiempo, con fechavuelve a ser sometida a una exploración mamaria y aunque persiste el diagnóstico anterior le derivan al hospital donde ya se le diagnostica un cáncer y una extensión del mismo axilar, siendo operada el(siete meses después de la primera consulta) con radioterapia y quimioterapia ulterior.

Desde esa fecha la paciente presenta una sintomatología de inquietud, irritabilidad, sentimientos de frustración y de culpabilidad por no haber prestado más atención a su patología, trastornos del sueño, sentimientos de baja autoestima, anorgasmia, pérdida de la libido y aislamiento del entorno. Así mismo la informada nos refiere que el hijo menor ha presentado problemas académicos derivados de la situación que su enfermedad ha originado en su casa, y de los cambios en la estructura familiar acontecidos.

A fecha de hoy se observa una clara sintomatología de **tipo ansioso-depresivo** en la que predominan sentimientos de inseguridad, miedo ante el futuro, anhedonia, irritabilidad, trastornos del sueño, anorgasmia, dismorfofobia y una baja autoestima.

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

- Padre: Falleció de cáncer hígado (Hemocromatosis).
- Madre: vive 82 años, sin anomalías significativas.
- Hermanos: 10 (ocupa el 5 lugar, uno de ellos es esquizofrénico).
- Hijos: 3 (25 años, 22 años, 18 años todos varones y sin anomalías significativas).
- Pareja: Matrimonio hace 28 años sin relevancia a los efectos de este informe.
- Desde el punto de vista de los antecedentes clínicos personales, no existen alteraciones significativas ni somáticas, ni psicopatológicas previas a la situación descrita en este informe.

2) PARTE REFLEXIVA

2.1.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Según los antecedentes clínicos, los informes médicos y los diagnósticos emitidos por los servicios médicos públicos durante los últimos *dos años*, la informada padece en opinión del perito que suscribe un **Trastorno de Ansiedad Generalizada**. Dicha enfermedad se ha manifestado cronológicamente a raíz del diagnóstico de cáncer de mama, existiendo una relación **causa efecto** evidente entre dicho diagnóstico y la sintomatología que se observa y por la que no ha recibido tratamiento especializado.

El cuadro de ansiedad, lejos de mejorar tras la intervención quirúrgica, se ha ido agravando con la percepción subjetiva de que se podía haber evitado la gravedad de la cirugía si hubiera sido diagnosticado en la primera de las valoraciones a las que fue sometida. En el momento actual se encuentra inquieta, desanimada, con acusados sentimientos de inseguridad e inestabilidad. Existe también una percepción negativa sobre su cuerpo y una creencia muy intensa de que ya no es una mujer. Esta a la espera de acabar la reconstrucción mamaria, lo que también incrementa sus niveles de inseguridad personal.

2.2.- CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES

La enfermedad diagnosticada se puede considerar a efectos médico legales una **lesión psíquica**, cuyo origen etiológico se sitúa con una probabilidad rayana a la certidumbre, en el diagnóstico de su neoplasia mamaria, que la informada vivencia y considera como *un error médico* al no haberse efectuado el diagnóstico en la primera toma de contacto con los servicios especializados, cuando ella ya presentaba la tumoración.

Es en el segundo reconocimiento cuando se le aprecia, no solo el mismo tumor que ella ya tenía, sino también posible afectación linfática, por lo que entonces si es remitida al hospital de referencia donde se le diagnostica e interviene de un carcinoma de mama de derecha con afectación linfática.

Tras la mastectomía radical se le practica tratamiento radioterapéutico y quimioterápico con el consiguiente quebranto para su estado de ánimo. Por todo lo anteriormente expuesto, a modo de síntesis y desde la óptica médico legal, estaríamos ante la producción de **daño psíquico (daño moral)** cuya relación causa efecto con el hecho del retraso diagnóstico y terapéutico subsiguiente es obvia y queda constatada en la evolución clínica de la informada

CONCLUSIONES

1ª) Que en función de la documentación analizada que se nos ha aportado, de la exploración psicopatológica realizada a la informada y de las consideraciones médico legales y clínicas expuestas, la informada **D^a.....**padece a fecha de hoy un **Trastorno de Ansiedad Generalizada (F 41.1)** siguiendo criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª revisión de la OMS.

2ª) Que la enfermedad diagnosticada **guarda una relación causa-efecto** con el retraso en el diagnóstico del carcinoma de mama que sufre.

3ª) Que, en opinión de este perito, dicha enfermedad se puede considerar una **lesión psíquica (Trastorno de ansiedad)** que produce a su vez un **daño psíquico o moral**, que la informada con toda probabilidad no hubiera sufrido si el diagnóstico se hubiera realizado en la primera ocasión que se le evaluó.

4ª) Que la informada precisa un tratamiento médico especializado **de forma continuada**.

En.....ade.....

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA PARA AMPLIAR INFORMACIÓN

- FUERTES ROCAÑIN, José Carlos: **Manual de psiquiatría forense**. Editorial Arán Ediciones S.L.; Madrid, 2012.
- FUERTES ROCAÑIN, José Carlos; CABRERA FORNEIRO, José, y FUERTES IGLESIAS, Carlos: **Manual de ciencias forenses; segunda edición**. Editorial Arán Ediciones S.L.; Madrid, 2012.
- FUERTES ROCAÑIN, José Carlos; RODRÍGUEZ LAINZ, José Luis, y FUERTES IGLESIAS, Carlos: **Apuntes de Derecho Sanitario y Ciencias Forenses (Guía para prevenir problemas legales en la profesión sanitaria)**. Editorial Arán Ediciones S.L.; Madrid, 2015.
- RODRÍGUEZ LAINZ, José Luis: **El secreto profesional médico en el proceso penal**. DIARIO LA LEY Nº 9063, Sección Doctrina, 18 de octubre de 2017; REF: LA LEY 12986/2017.

