

EVALUACIÓN PERICIAL PSICOLÓGICA DE UN SUJETO CON DEPRESIÓN MAYOR COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

David González Trijueque¹
Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Resumen

Las consecuencias, tanto cognitivas como psicológicas, derivadas de los accidentes de tráfico suponen un importante área de estudio dentro del campo de la ciencias forenses. En estos casos, la actuación del psicólogo forense a través de la realización de un dictamen pericial suele ser solicitada en relación a la valoración del daño psíquico para que así la víctima sea indemnizada.

En el presente artículo se facilita un modelo de informe pericial psicológico relativo a la valoración del daño psíquico sufrido por un sujeto como consecuencia de un accidente de tráfico. El diagnóstico que presenta es el de un trastorno depresivo mayor. Se facilitan los distintos puntos del informe y se realizan consideraciones técnicas finales.

PALABRAS CLAVE: *victimología, trastorno depresivo mayor, accidente de tráfico, informe pericial psicológico.*

Abstract

Cognitive and psychological consequences resulting from traffic accidents are an important area of study within the field of forensic science. In these cases, the work of a forensic psychologist, through the writing of an expert report, is usually requested in relation to the assessment of psychic damage, so that the victim can be compensated.

The present article provides a model of expert psychological report relating to the assessment of the psychological damage suffered by a subject as a result of a traffic accident. The subject's diagnosis is major depressive disorder. The different aspects of the report are presented and final technical considerations are made.

KEYWORDS: *victimology, major depressive disorder, traffic accident, expert psychological report.*

¹*Correspondencia:* Psicólogo Forense del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Juzgados de Getafe. Avenida Juan Carlos I, s/n. 28905. *E-mail:* david_gonzalez@madrid.org.
Fecha de recepción del artículo: 25-01-2012.
Fecha de aceptación del artículo: 14-03-2012

Introducción

Dentro de la victimología y en el campo pericial/forense, los accidentes y sus consecuencias, tanto cognitivas como psicológicas, merecen una atención especial (Vázquez-Mezquita, 2005), sobre todo los accidentes de tráfico, ya que éstos son los más frecuentes y mejor estudiados (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

Los accidentes de tráfico implican un amplio ámbito de actuación para la psicología forense, principalmente en todo aquello relacionado con los traumatismos craneoencefálicos (TCE) que han originado una especialidad técnica como es la neuropsicología forense (Jarné y Aliaga, 2010). Pero independientemente de los daños orgánicos asociados a los accidentes de tráfico también existen otro tipo de secuelas que pueden resultar habituales, como son las alteraciones mentales; de hecho, la reacción a largo plazo tras sufrir un accidente de tráfico incluye trastornos psicopatológicos no orgánicos en un 17% tras el primer año y un 9% durante el segundo (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Además, pueden verse afectadas otras áreas de interés del afectado como son la esfera socio-familiar o laboral (Vázquez-Mezquita, 2005).

En cuanto a los informes periciales, se solicitará la intervención del psicólogo forense cuando el demandante pretenda conseguir una indemnización. Posteriormente, la valoración realizada deberá adaptarse a unas tablas de indemnización, cuyos cuadros diagnósticos no necesariamente encajan con lo señalado por el perito. De hecho, lo más habitual será que el médico forense o el propio juez sean quienes apliquen los baremos correspondientes (Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), siendo en contadas ocasiones cuando se solicita directamente al psicólogo que lo aplique, sin que eso sea óbice para que éste deba conocer las tablas y el mecanismo indemnizatorio (Vázquez-Mezquita, 2005). En todo caso, para valorar la indemnización se tendrá en cuenta el tipo de lesión, la incapacidad permanente o los días que ha estado de baja el afectado y el salario que ha dejado de percibir si éste es el caso, existiendo una fórmula que permite obtener la puntuación correspondiente cuando en una misma persona concurren varias lesiones de forma simultánea (Vázquez-Mezquita, 2005).

En el presente artículo se presenta un modelo de informe pericial psicológico realizado a un varón víctima de un accidente de circulación en el que falleció su esposa y que presentaba al momento de la exploración un cuadro depresivo mayor asociado a dicho acontecimiento traumático.

Objeto de la pericial

A petición del interesado y de su representación legal se solicita que, en relación con el procedimiento judicial de Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado XXX/2011 seguido por el Juzgado de Instrucción nº X de Sevilla, se realice reconocimiento psicológico del perjudicado en relación a las lesiones sufridas en accidente de tráfico sufrido el 1 de julio de 2010 y se determine el estado mental del mismo así como su pronóstico y posibles intervenciones terapéuticas.

Antecedentes

Según documentación examinada (i.e. atestado nº XXX instruido por la Guardia Civil, sobre las 21.00 horas del 1 de julio de 2010 se produjo un accidente de circulación a la altura del Km. 807 de la autovía A-66 (Gijón-Sevilla), sentido Sevilla, término municipal y partido judicial de Sevilla, consistente en la colisión lateral de un turismo contra otro, resultando como el mismo una persona fallecida y dos personas lesionadas de carácter grave, así como diversos daños materiales en los vehículos implicados. El peritado, el Sr. T, viajaba en su vehículo junto a su esposa, quien resultó fallecida en el accidente, siendo él uno de los dos heridos graves como consecuencia del mismo (el otro herido grave viajaba en el otro vehículo implicado).

Posteriormente, el 5 de septiembre de 2010, el Sr. T interpuso denuncia, señalando que el suceso se produjo cuando iban circulando normalmente por el carril derecho y recibieron de forma súbita e inesperada un impacto en el lateral izquierdo de su vehículo, perdiendo el control del mismo y colisionando contra mediana, saliendo su vehículo despedido por los aires y terminando por volcar tras dar varias vueltas de campana.

Metodología

A continuación se expone la metodología técnica utilizada para la elaboración del informe solicitado:

- *Entrevistas y observaciones*
 - Entrevista clínica semi-estructurada con el Sr. T realizada el 2 de septiembre de 2011. Duración: 2 horas aprox.
 - Entrevista semi-estructurada con el Sr. B, hijo del peritado, realizada el 9 de septiembre de 2011. Duración: 1 hora aprox.

- Entrevista clínica semi-estructurada con el Sr. T realizada el 16 de septiembre de 2011. Duración: 2 horas aprox.
- Observación clínica del Sr. T durante las entrevistas mantenidas.
- *Pruebas administradas*
 - MCMI-III (Millon, 2007).
- *Otras fuentes de información*
 - Vaciado de autos: análisis de la documentación que consta en el expediente judicial.

Evolución psicobiográfica

El Sr. T nace en Cáceres el 2 de febrero de 1949, informando que a los dos años de edad se trasladó junto a su familia a Sevilla por motivos laborales de su padre, lugar en el que ha permanecido toda su vida. El explorado no informa sobre aspectos de interés en relación a su infancia y adolescencia, periodos que describe como plenamente normalizados, añadiendo que fue educado con valores de responsabilidad y elevados niveles de autoexigencia (“*siempre he sido muy responsable y me he exigido mucho, soy bastante perfeccionista*”).

En 1968 se independiza, trasladándose por motivos laborales a Sevilla. Allí conocerá un año más tarde a la que será su esposa, contrayendo matrimonio en 1975 tras noviazgo normalizado de más de cinco años de duración. Fruto de dicho matrimonio, el peritado tiene dos hijos nacidos en 1976 y 1979 respectivamente. No describe incidencias significativas en su dinámica familiar hasta que se produjera el fallecimiento de su esposa en el accidente sufrido en 2010. Además, manifiesta haber mantenido siempre una correcta relación con la familia de su esposa así como describe una relación normalizada con sus dos hijos, los cuales viven con sus respectivas parejas en Sevilla.

A nivel familiar, señala haber gozado siempre de unas buenas relaciones familiares, indicando que sus padres fallecieron en 2007 por problemas de salud asociados a avanzada edad. Añade que es el segundo de un total de tres hermanos, todos ellos varones, con los que mantiene una buena relación. Asimismo, reconoce que siempre ha mantenido una buena relación con la familia de su esposa.

Por otra parte, a nivel social, el explorado informa sobre conductas de aislamiento a raíz del accidente sufrido, señalando que con anterioridad al mismo había mantenido actividades de ocio normalizado y numerosas relaciones sociales de su entorno.

En cuanto a su trayectoria académica, el Sr. T informa haber completado estudios universitarios en ciencias económicas, no aportando datos significativos al respecto.

Informa haber realizado la prestación del Servicio Militar en Cartagena (Murcia), sin incidencias significativas.

A nivel laboral, el Sr. T señala que desde los dieciocho años trabaja como administrativo, profesión que ha desarrollado en distintas empresas. En su última empresa ha estado desarrollando sus funciones desde 1980 hasta el accidente sufrido en julio de 2010, momento desde el cual se encuentra de baja por una situación de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes, con diagnóstico de depresión. No describe dificultades económicas.

En cuanto a posibles antecedentes psicopatológicos familiares de interés, el explorado señala que tanto su padre como su madre eran personas depresivas que durante los cincuenta años de edad estuvieron con tratamientos psicofarmacológicos de tipo antidepresivo. A nivel personal, no informa sobre problemas de salud relevantes durante su vida, a excepción de los acaecidos a partir del accidente sufrido el 1 de julio de 2010. No refiere hábitos tóxicos de interés.

Según consta en informe psiquiátrico sobre el Sr. T emitido desde los Servicios de Salud Mental correspondientes fechado el 28 de noviembre de 2010 se señala que éste sufrió un grave accidente de tráfico yendo acompañado de su mujer, quien falleció en el mismo, que le produjo un politraumatismo severo con laceración esplénica, TCE (i.e. traumatismo craneo encefálico) y traumatismo torácico. Se añade que tras su paso por la UCI (i.e. Unidad de Cuidados Intensivos) fue trasladado a la Unidad de Cirugía para seguimiento y estabilización hasta ser dado de alta el 18 de julio de 2010. Tras recibir el alta ha presentado cambios en su estado de ánimo y carácter habitual, refiriendo un estado de angustia intensa que se acompaña de episodios de ansiedad con sintomatología psicósomática secundaria (e.g. opresión precordial, palpitaciones, sudoración, sensación de inestabilidad, mareos), temor inespecífico, insomnio pertinaz con crisis de ansiedad nocturnas, sobresaltos, apatía, anhedonia, hiporexia, conductas de evitación (i.e. retraimiento y aislamiento), pensamiento rumiativo y reiterativo caracterizado por revivir la experiencia traumática del accidente y la angustia de no quedar bien, sensación de incapacidad psicofísica, labilidad emocional, tristeza y llanto fácil. Estos síntomas se confunden en ocasiones con los traumatológicos derivados del accidente (i.e. dolores generalizados, cefalea tensional, inestabilidad, mareos). En cuanto a la evolución mostrada, se indica que tras instaurar tratamiento ansiolítico de baja intensidad el paciente no presentó mejoría, siendo necesario añadir tratamiento antidepresivo con ISRS (i.e. inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) (i.e. escitalopram) de forma progresiva, sin embargo el paciente refirió nerviosismo diurno y mala tolerancia por lo que se modificó el tratamiento inicial. Al momento de la emisión del citado informe, el Sr. T había mejorado aspectos ansiosos de su cuadro clínico (e.g. insomnio, angustia matutina, episodios agudos de ansiedad, rumiaciones postraumáticas aunque

mantenía la persistencia de la sintomatología depresiva descrita), estableciéndose el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Por último, se señala que el Sr. T no se encontraba en condiciones para desarrollar sus actividades laborales con normalidad, debiendo continuar de baja laboral.

Por otra parte, el 3 de enero de 2011, mediante informe neurológico se informa que el Sr. T presentaba quejas de dolor cervical y trastorno de marcha tras accidente, estableciéndose como juicio clínico un cuadro depresivo secundario, además de un trastorno de la marcha funcional y una cervicalgia postraumática, añadiéndose que no se detectaban lesiones neurológicas a nivel estructural secundarias al traumatismo sufrido.

Posteriormente, el 17 de enero de 2011, a través de nuevo informe psiquiátrico se indicaba que se había mantenido un seguimiento continuado evidenciándose una moderada mejoría en los niveles iniciales de ansiedad e intranquilidad y en la intensa angustia de las primeras semanas a pesar del tratamiento implantado, manteniendo un bajo estado de ánimo, un grado de discapacidad psicofuncional significativo con expresiones frecuentes del tipo “*me veo inútil, incapaz, no tengo ganas de vivir, me siento impotente, no sé resolver nada*”. Además, se añade que el Sr. T presentaba baja tolerancia al estrés medioambiental y reacciona intempestivamente ante situaciones habituales que le exijan un mínimo esfuerzo o concentración, así como presenta mareos en la deambulación e incorporación que denotan sensaciones de inestabilidad y desconfianza en sus movimientos. También se informa que el Sr. T presenta temblor fino distal en las extremidades superiores, expresión facial de angustia, temor e inseguridad y marcha lenta no habitual antes del accidente, manteniendo una importante dependencia para las actividades de vida cotidiana. Por todo ello, se estimó que debía continuar de baja y se mantuvo el anterior diagnóstico, especificándose que seguía tratamiento psicofarmacológico con alprazolam (i.e. ansiolítico), lorazepam (i.e. ansiolítico), *valdoxan*¹ (i.e. antidepresivo) y, *zyprexa*² (i.e. antipsicótico).

El 22 de abril de 2011, mediante informe psiquiátrico actualizado se señala que el paciente continuaba presentando abundante sintomatología de carácter depresivo que le imposibilita el normal desarrollo de las actividades de su vida, destacándose un mayor grado de aislamiento y retraimiento, con un grado de discapacidad psicofuncional mayor que en anteriores evaluaciones. Se informa que el paciente muestra unos sentimientos de inutilidad muy reiterativos así como enlentecimiento psicomotor muy acusado. Por todo ello, se considera que debe continuar con el tratamiento psicofarmacológico pautado y debe mantener la baja laboral, presentando además importante dependencia en las

¹ Agomelatina.

² Olanzapina.

actividades de la vida cotidiana, manteniéndose el diagnóstico inicialmente emitido.

El 18 de julio de 2011, tras llevar más de un año de baja laboral por depresión, fue citado por la Inspección Médica para su valoración por el EVI (i.e. Equipo de Valoración de Incapacidades), quienes determinaron mediante dictamen técnico facultativo el grado de incapacidad permanente absoluta del Sr. T.

Por último, destacar que el explorado no informa sobre acontecimientos traumáticos durante su evolución psicobiográfica, a excepción del accidente de tráfico sufrido el 1 de julio de 2010 y que considera ha supuesto un cambio radical en su vida y en la de su familia.

Exploración psicopatológica

Varón de sesenta y dos años de edad, manifiesta un correcto ajuste a la realidad, con una adecuada percepción y control de la misma, impresionando de tratarse de una persona gravemente afectada a nivel psicológico por el accidente de circulación sufrido el pasado año. Evidente enlentecimiento psicomotor, muestra una actitud colaboradora desde el inicio, expresándose con lenguaje pobre, rehusando abordar el accidente sufrido con significativa incontinencia emocional y evidente sufrimiento psicológico. Pese a reconocer que *“lo pasa muy mal”* cuando tiene que recordar lo ocurrido, hace un esfuerzo por intentar ser colaborador, reconociendo importantes sentimientos de inutilidad desarrollados a raíz de las limitaciones que percibe (*“todavía tengo dolores”*) en su estado así como dificultades para conciliar y mantener el sueño que contribuyen a fomentar su cansancio generalizado.

Ligeramente confuso, aunque orientado correctamente en tiempo, espacio y persona; presenta un pobre nivel atencional y dificultad en su capacidad de concentración durante la entrevista mantenida. No refiere alteraciones sensorceptivas ni somatorias durante el proceso de evaluación, presentando un curso del pensamiento intacto y contenido inalterado, sin alteraciones mnésicas y evidenciándose una adecuada capacidad intelectual. No clínica psicótica ni ideación autolítica.

Informa que tras el accidente sufrido en julio de 2010 ha presentado cambios significativos en su estado de ánimo y carácter habitual, describiendo un estado de constante cansancio, anhedonia, apatía, tristeza, sensación de inestabilidad, temores generalizados, rumiaciones cognitivas en relación al accidente sufrido y sus fatales consecuencias así como conductas evitativas que fomentan su aislamiento social y contribuyen a su sensación de incapacidad. El explorado informa que nunca había presentado un estado anímico similar al

actual con anterioridad al accidente, si bien reconoce que tal vez haya sido una persona “*algo pesimista*”, actitud que cree haber aprendido de sus padres.

El explorado reconoce verse superado por su situación actual, pese a ello no presenta ideación autolítica al momento de la exploración y refiere adecuada adherencia terapéutica.

Resultados

La principal estrategia de evaluación fueron las entrevistas clínicas mantenidas. Se siguieron las pautas recomendadas por Vázquez y Muñoz (2002) relativas a criterios diagnósticos actuales (DSM-IV-TR). Asimismo, se administró un instrumento clínico Multiaxial (MCMI-III) para obtener información cuantitativa respecto a posibles anomalías en la estructura de personalidad de base del peritado así como para detectar posibles alteraciones clínicas al momento de la exploración.

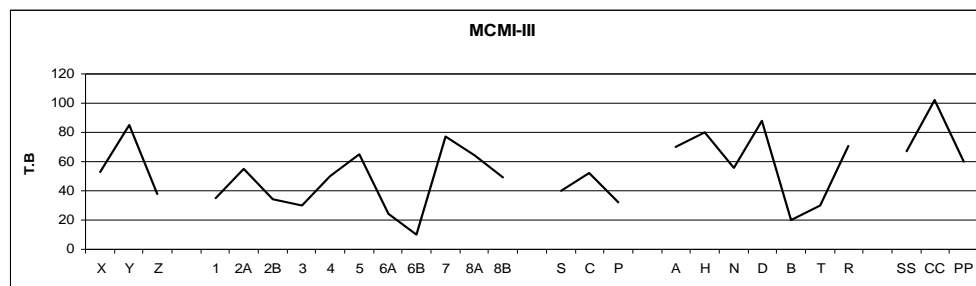
Además, para valorar la gravedad y el grado de interferencia de la sintomatología depresiva que presentaba el Sr. T se le solicitó que completara un autorregistro elaborado *ad hoc* para que identificase pensamientos automáticos en relación a situaciones, emociones y conductas (información que se presentará en el apartado de análisis funcional junto con información obtenida en la presente evaluación) así como se le pidió que elaborase una descripción de su *yo real* (como se describe en el momento actual), su *yo ideal* (cómo le gustaría ser) y su *yo debería* (cómo cree que debería ser).

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos por el Sr. T en el reactivo administrado.

De los resultados obtenidos por el peritado en el MCMI-III se desprende que el protocolo cumplimentado ha de considerarse válido e interpretable. El estilo de respuesta presentado indica que el Sr. T ha procurado ofrecer una buena imagen de sí mismo, con tendencia a negar sus problemas (Y=85). No obstante, y pese a dicho estilo de respuesta, se detecta importante sintomatología de tipo depresivo, con puntuaciones elevadas tanto en la escala de depresión mayor (CC=102) como en trastorno distímico (D=88). También se aprecian molestias físicas (H=80) compatibles con las referencias vertidas durante las entrevistas mantenidas relacionadas con dolores inespecíficos a raíz del accidente sufrido así como indicadores de ansiedad (A=70) y sintomatología postraumática (R=71). En cuanto a la estructura de personalidad de base del peritado, los resultados obtenidos únicamente son relevantes respecto a los rasgos caracterológicos de tipo compulsivo (“7”=77) que describen a un sujeto perfeccionista y con cierta rigidez psicológica, aspectos evidenciados a través de la evaluación realizada y que no configuran un trastorno de personalidad atendiendo a la evolución psicobiográfica del Sr. T.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas por el Sr. T en el MCMI-III

| Código | Escala | PREV |
|--------|--------------------------------|-------|
| 1 | Esquizoide | 35 |
| 2A | Evitativa | 55 |
| 2B | Depresiva | 34 |
| 3 | Dependiente | 30 |
| 4 | Histriónica | 50 |
| 5 | Narcisista | 65 |
| 6A | Antisocial | 24 |
| 6B | Agresiva (sádica) | 10 |
| 7 | Compulsiva | 77 |
| 8A | Negativista (pasivo-agresivo) | 64 |
| 8B | Autodestructiva | 49 |
| S | Esquizotípica | 40 |
| C | Límite | 52 |
| P | Paranoide | 32 |
| A | Trastorno de ansiedad | 70 |
| H | Trastorno somatomorfo | 80 |
| N | Trastorno bipolar | 56 |
| D | Trastorno distímico | 88 |
| B | Dependencia al alcohol | 20 |
| T | Dependencia de sustancias | 30 |
| R | Trastorno estrés postraumático | 71 |
| SS | Trastorno del pensamiento | 67 |
| CC | Depresión mayor | 102 |
| PP | Trastorno delirante | 60 |
| X | Sinceridad | 53 |
| Y | Deseabilidad social | 85 |
| Z | Devaluación | 38 |
| V | Validez | PD: 0 |

Figura 1. Perfil psicopatológico obtenido por el peritado en el MCMI-III

Análisis funcional de la conducta problema: bajo estado de ánimo

| Antecedentes | Conducta problema | Consecuencias |
|--|---|--|
| <p><i>Factores de vulnerabilidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes familiares de trastornos afectivos. Estilo inferencial y atribucional depresógeno. ▪ Actitudes disfuncionales relacionadas con: 1) autovalía y responsabilidad personal (altos niveles de autoexigencia y perfeccionismo), 2) relaciones interpersonales (alta necesidad de aprobación y deseabilidad social), y 3) alta motivación de logro. ▪ Estilo cognitivo rumiativo (rasgos de personalidad obsesivos). ▪ Déficit de estrategias de afrontamiento y conducta asertiva. <p><i>Antecedentes remotos</i></p> <p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accidente de tráfico sufrido en 2010. ▪ Fallecimiento de su esposa. ▪ Secuelas físicas (dolores inespecíficos). ▪ Cambio del estilo de vida. <p><i>Antecedentes próximos</i></p> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos intrusivos de tipo obsesivo. ▪ Imágenes mentales de si mismo y su futuro negativas. ▪ Recuerdos del pasado ligados a sentimientos de pérdida. <p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar solo en casa. ▪ Ser preguntado por sus vecinos. ▪ Estar en compañía de seres queridos. | <p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos automáticos negativos “no valgo para nada”. ▪ Estilo atribucional depresivo. ▪ Rumiasiones cognitivas sobre hechos pasados y futuros. ▪ Dificultad para solucionar problemas y para tomar decisiones. ▪ Problemas de concentración. <p><i>Fisiológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insomnio de conciliación y mantenimiento. ▪ Cansancio generalizado y dolor inespecífico. ▪ Pérdida de apetito. <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto descuidado. ▪ Enlentecimiento psicomotor. ▪ Verbalizaciones constantes autodevaluativas. ▪ Aislamiento social. <p><i>Emocionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza y desesperanza. ▪ Culpabilidad. ▪ Anhedonia intensa. ▪ Abulia moderada. ▪ Irritabilidad. | <p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de ánimo bajo (C+). ▪ Aumento de ansiedad (C+). ▪ Búsqueda de aprobación social (R+) <p><i>A medio-largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatología depresiva (C+). ▪ Falta de seguridad en sí mismo (C-). ▪ Disminución de actividades de ocio (C-). ▪ Deterioro en las relaciones sociofamiliares (C-). ▪ Pérdida de apoyo social (C-). |

Impresión diagnóstica

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como de la impresión clínica, se observa que el Sr. T se ha mostrado sincero durante el proceso de evaluación, mostrando una actitud colaboradora en todo momento. Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en las distintas fuentes utilizadas, no habiéndose detectado la presentación voluntaria de síntomas psicopatológicos en el momento actual. Del mismo modo, la sintomatología no ha sido magnificada durante la exploración, al contrario, ha sido descrita de forma ambigua pudiéndose deber a una escasa introspección por parte del peritado, por lo que se descarta la sobresimulación de síntomas. Respecto a este dato, el explorado obtiene una puntuación relevante en la escala Y (deseabilidad social) del MCMI-III, lo que señala una tendencia a la disimulación (es decir, ofrecer una imagen más positiva y deseable socialmente, de la que realmente se tiene), esto puede interpretarse como un esfuerzo por mantener una imagen adecuada, negándose a sí mismo cualquier manifestación psicopatológica, hecho que constituye un signo de afrontamiento correcto en pacientes que han sufrido una pérdida de autoestima o alteración del estado de ánimo, ya que implica un esfuerzo por normalizar la situación.

La impresión diagnóstica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV-TR, emitidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002), donde es propuesto un diagnóstico multiaxial.

EJE I. TASTORNOS CLÍNICOS:

F32.2 Trastorno depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos, episodio único [296.22]

EJE II. TASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

EJE III. ENFERMEDADES MÉDICAS:

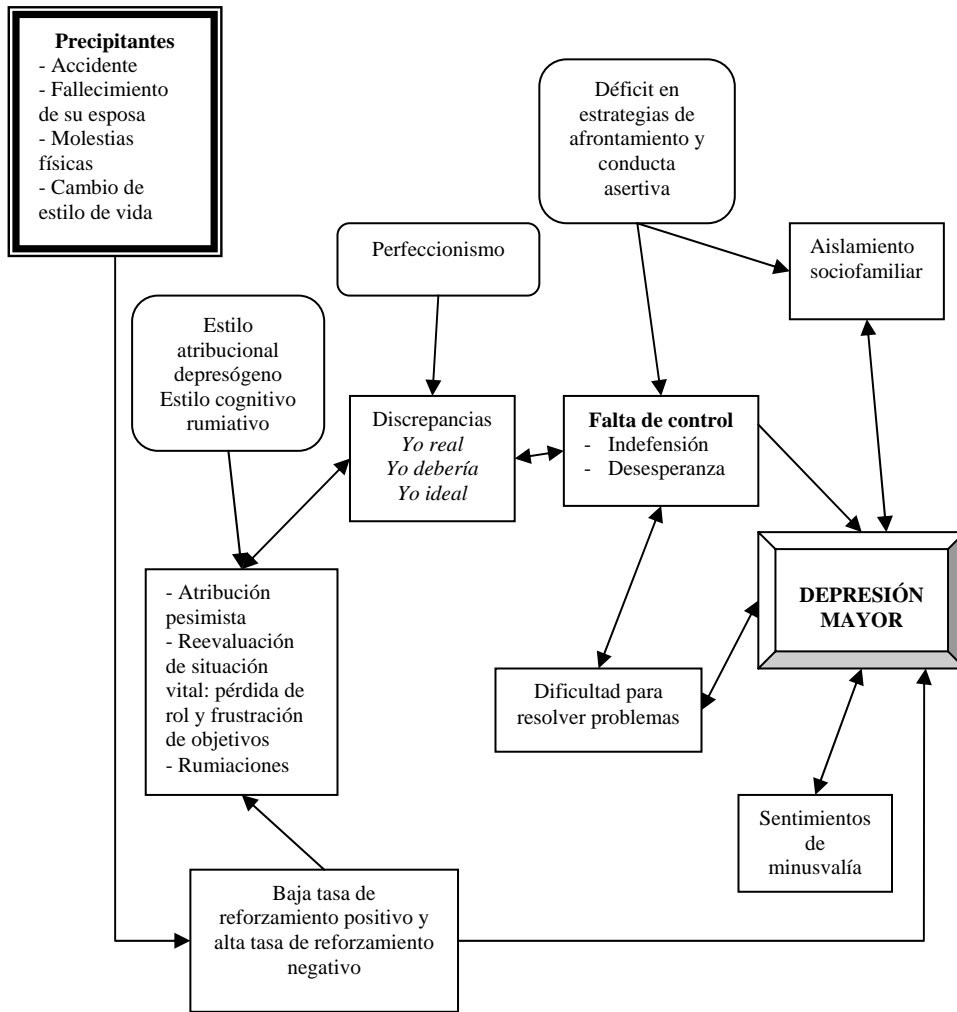
EJE IV. PROBLEMAS PSICOSOCIALES:

Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas relativos al ambiente social

EJE V. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG):

Alteración grave de la actividad social (41-50).

Modelo psicopatológico



Discusión forense

Sobre el estado psicológico actual del peritado

El Sr. T presenta un trastorno depresivo mayor de intensidad grave al momento de la exploración. De la evaluación practicada se desprende que la etiología de dicha alteración clínica se sitúa en el accidente de circulación sufrido en 2010 y sobre todo a partir de sus fatales consecuencias, entre las que destaca el fallecimiento de la esposa del peritado. En este tiempo, el explorado ha presentado una moderada mejoría en su sintomatología ansiosa y no ha presentado en ningún momento clínica del espectro psicótico. Sin embargo, la sintomatología depresiva presente se ha cronificado y se ha mostrado resistente a los distintos tratamientos psicofarmacológicos instaurados, mostrándose como altamente incapacitante en el momento actual. Dicha configuración sintomatológica está explicada por distintas variables, explicadas a lo largo del presente informe y que pueden observarse de forma gráfica resumida en el modelo psicopatológico facilitado como Anexo II.

La principal característica de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos previos (APA, 2002; Hales y Yudofsky, 2009). Entendemos por episodio depresivo mayor un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, experimentando el sujeto al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Estos síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, prácticamente a diario y durante al menos dos semanas consecutivas, con evidente malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Dicha sintomatología se encuentra ampliamente documentada en el presente caso así como descrita en la presente valoración.

Tal y como sucede con el peritado, resulta habitual que los sujetos con este tipo de patología se describan como deprimidos, tristes, desesperanzados, desanimados, cansados y sin interés hacia las actividades gratificantes premórbidas. Es habitual en estos casos, que las personas más próximas al afectado perciban un aislamiento social por parte de éste, situación presente en el peritado y corroborada por uno de sus hijos a través de la entrevista mantenida al respecto. Las alteraciones del peso o los problemas de insomnio son también frecuente en este tipo de cuadro clínico, pudiendo incluso presentar estos sujetos cambios psicomotores como el enlentecimiento descrito en el Sr. T. Los

sentimientos de inutilidad/culpa o la dificultad para tomar decisiones son también característicos del trastorno depresivo mayor, así como las rumiaciones cognitivas (Hales y Yudofsky, 2009).

Por otra parte, los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas antes de instaurarse un trastorno depresivo mayor, que es el cuadro que presenta el peritado al momento de la exploración y lleva instaurado más de un año según documentación examinada.

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Pese a que en la etiología e instauración del cuadro clínico presente en el peritado ha tenido una vital importancia el fallecimiento de su esposa, no se puede efectuar el juicio clínico de una situación de duelo patológico, si bien existe una serie de analogías entre ambos diagnósticos. No obstante, la categoría Z63.4 Duelo [V62.82] puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida (APA, 2002). De hecho, algunos sujetos como parte de su reacción de pérdida presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio y pérdida de peso). Sin embargo, la persona con duelo valora su estado anímico depresivo «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio. En estos casos, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida (APA, 2002). Además, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor; entre aquéllos se incluyen: 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Sobre el estado psicológico anterior y la causalidad de la sintomatología detectada

El estudio de la relación de causalidad y del estado anterior está considerado como uno de los temas de mayor importancia de la valoración del daño a la persona (Franchini, 1979; cit. Del Río, 1999). Son indicadores del funcionamiento psíquico sano y maduro de una persona el hecho de establecer relaciones satisfactorias con los demás, el participar en la modificación del entorno, el resolver equilibradamente sus conflictos y el desarrollo normal de la personalidad (Gil-Hernández et al., 2001), situaciones presentes en el caso del Sr. T hasta que sufrió el accidente de tráfico en el que falleció su esposa en 2010. Tras la evaluación realizada al peritado todo hace indicar la no existencia de patología previa de tipo psicopatológico en el explorado, ya que no se aprecian alteraciones en aspectos de relevancia como son los antecedentes patológicos o alteraciones significativas en las áreas familiares, sociales y laborales (Del Río, 1999).

La ausencia de patología previa y el hecho de no presentar ninguna alteración de la personalidad resultan esenciales a la hora de justificar una causalidad entre el accidente sufrido en julio de 2010 y sus fatales consecuencias con la sintomatología desarrollada, ya que no ha sido detectada en ningún momento la presencia de factores de vulnerabilidad previos relevantes a la hora de predisponer al peritado para el padecimiento de su sintomatología actual.

Sobre la actitud del peritado durante el proceso de evaluación

Aunque el estado actual de la ciencia psicológica no permite la aplicación de técnicas con garantías de fiabilidad y validez suficiente sobre la credibilidad del relato en personas adultas y únicamente se puede informar a este respecto que el informado no padece patologías que alteren el curso o el contenido del pensamiento, que impliquen desconexión con la realidad o tendencias patológicas a la distorsión o fabulación, se debe señalar que el Sr. T se mostró cooperativo durante todo el proceso de evaluación, proporcionando cuanta información le fue solicitada. De los datos obtenidos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como de la impresión clínica, se observa que el peritado se ha mostrado sincero durante el proceso de evaluación.

Respecto a una posible manipulación de los síntomas registrados, se descarta cualquier actitud de simulación, por las siguientes razones:

- Han sido evaluados signos de sospecha propios de los simuladores (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Respecto a este aspecto se debe señalar que el peritado muestra un cuadro que encaja en el curso y evolución de una psicopatología habitual, no muestra sintomatología estrafalaria, no realiza una sobreactuación clínica, no presenta una personalidad antisocial, ofrece un testimonio estable, los hechos son narrados y vivenciados, además el sujeto busca solución ante su situación. Estos datos ofrecidos no son propios de alguien que pretenda simular una situación psicopatológica.
- En las prueba psicométrica administrada para la evaluación del Sr. T no se observa una exageración uniforme (situación propia de los simuladores). Además se debe añadir que las escalas de validez son correctas y en todo caso se manifiesta una tendencia hacia la disimulación sintomática.
- El patrón de síntomas se presenta de modo consistente durante la evaluación realizada, tanto en la metodología cualitativa como en la cuantitativa.
- Existe concordancia entre la impresión clínica y los hallazgos psicométricos alcanzados.

Sobre el pronóstico y el posible abordaje terapéutico

En el caso del Sr. T, debemos considerar su pronóstico como desfavorable atendiendo a la gravedad de la sintomatología descrita, la irreversibilidad del estresor potencialmente más significativo (fallecimiento de su esposa), las molestias físicas vigentes (dolores inespecíficos) así como a la prolongación en el tiempo del cuadro clínico pese a la buena adherencia referida hacia el tratamiento psicofarmacológico instaurado. De hecho, la gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno (APA, 2002).

No obstante, se puede señalar al respecto que el curso en estos casos es variable (Craighead, Hart y Madsen, 2000) y, aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio tras haberse recuperado. Sin embargo, los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial, tal y como es el caso del peritado, tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial inter-episódica (APA, 2002).

En todo caso, se antoja fundamental complementar el tratamiento psicofarmacológico del Sr. T con un abordaje psicoterapéutico. Al respecto, son numerosas las técnicas existentes en el ámbito de la psicología cognitivo-conductual que han demostrado su utilidad (Casacalenda, Perry y Looper, 2002; Parker, Roy y Eysers, 2003; Pérez y García-Montes, 2001), como son la activación conductual, el entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas, las estrategias de distracción, el entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables, las estrategias de regulación de la activación, las técnicas de higiene del sueño, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de regulación emocional o las de reestructuración cognitiva entre otras (Vázquez et al., 2007; Vázquez-González, 2002).

Conclusiones

El perito firmante del presente informe ha redactado su contenido con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender. Con todos los respetos a SS^a o al Tribunal que corresponda, emite las siguientes conclusiones:

ÚNICA: Al momento de la exploración, el peritado presenta un trastorno depresivo mayor como consecuencia del accidente de tráfico sufrido en

julio de 2010 y sus fatales consecuencias. Dicho estado psicopatológico se manifiesta con intensidad grave y no ha mostrado una evolución favorable hasta la fecha pese a la adecuada adherencia terapéutica. La gravedad sintomatológica y evolución clínica mostrada sugieren como desfavorable el pronóstico del Sr. T, no obstante, se recomienda que éste continúe recibiendo tratamiento especializado, en el que se incorpore abordaje psicoterapéutico, orientado a mitigar los síntomas descritos.

Referencias

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Casacalenda, N., Perry, J. y Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-1360.
- Craighead, W. E., Hart, A. B. y Madsen, J. W. (2000). Recaída/recurrencia de la depresión mayor. *Psicología Conductual*, 8(3), 525-545.
- Del Río, M. T. (1999). *Valoración médico-legal del daño a la persona*. Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Gil-Hernández, F., Gurpegui, M. y Hernández-Cueto, C. (2001). Exploración y evaluación básica del daño psíquico. En C. Hernández Cueto, *Valoración médica del daño corporal*. Barcelona: Masson.
- Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Jarné, A. y Aliaga, A. (2010). *Manual de neuropsicología forense: de la clínica a los tribunales*. Barcelona: Herder
- Millon, T. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Parker, G., Roy, K. y Eyers, K. (2003). Cognitive behavior therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 825-834.
- Pérez, M. y García-Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en adultos*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernán-Gómez, L. y Hervás, G. (2007). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez-González, F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Vázquez-Mezquita, B. (2005). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.