

boletín galego de medicina legal e forense



Número 4

Asociación Gallega de Médicos Forenses

Enero 1996

**1. ESTUDIO DE LA CONTAMINACION URINARIA EN CADAVERES
AUTOPSIADOS.** ANTONIO BLANCO PIÑA¹

**2. NORMAS GENERALES DE TOMA DE MUESTRAS
MICROBIOLÓGICAS EN AUTOPSIAS Y MICROBIOLOGIA EN EL
SÍNDROME DE LA MUERTE SUBITA DEL LACTANTE.**
PROTOCOLOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA

3. INFORMES DE PSICOLOGIA FORENSE (II)
MARIA SOLEDAD FILGUEIRA BOUZA¹

ESTUDIO DE LA CONTAMINACION URINARIA EN CADAVERES AUTOPSIADOS.

ANTONIO BLANCO PIÑA¹

Objetivo:

Determinar la presencia de gérmenes en los cálices y pelvis renales de los fallecidos.

En la práctica de las autopsias, al abrir los riñones, he observado, en los cálices y pelvis renales, la presencia de una orina de aspecto purulento o manifiestamente purulenta, y sin la presencia en el parénquima renal de microabscesos, característicos de las pielonefritis agudas, ni deformaciones en la superficie renal debidas a cicatrices de las pielonefritis crónicas.

Durante tres semanas de guardia, en los meses de mayo, junio y julio de 1995, se procedió a tomar muestra para cultivo en aquellos cadáveres que precisaron de autopsia, judicial, desechando aquellos que por su historial habían estado ingresados en un centro hospitalario los días anteriores a su fallecimiento y que por las prácticas médicas, sondas, intervenciones quirúrgicas, infecciones nosocomiales, etc... podían ser motivo de una infección renal.

Ninguno de los fallecidos había tenido en los días anteriores, según sus familiares, sintomatología de infección urinaria ni estaba sometido a tratamiento médico antibiótico para un proceso infeccioso.

El método consistió en que durante la práctica de la autopsia y una vez vaciado el abdomen de vísceras y asas intestinales, se extraían los riñones, se abrían por el borde libre hasta alcanzar la pelvis renal. Del riñón que aparentemente estaba más contaminado, por el aspecto purulento de su contenido, se hacía una toma de muestra sobre torunda, se introducía en medio de cultivo y posteriormente se llevaba al laboratorio para su identificación y antibiograma, realizado por la Dra.Varela, Médico Bacterióloga del Centro de Salud de Coia (Vigo).

De las 23 autopsias practicadas en esas tres semanas se procedió a la toma de 14 muestras,

¹Médico Forense de los Juzgados de Instrucción números 2 y 5 de Vigo (Pontevedra).

en siete no se efectuó por haber estado ingresados, previo a su fallecimiento, en un hospital y en otros 2 por falta de material.

De las 14 muestras obtenidas, en 13 ha dado la presencia de gérmenes en las muestras, lo que indica que un 92% de las muestras estaban contaminadas.

La edad de los fallecidos osciló entre los 17 hasta los 84 años y el tiempo transcurrido desde su fallecimiento hasta la práctica de la autopsia (unas veces cierto y otras estimado) varió entre las 5 hasta las 40 horas.

Los gérmenes que con más frecuencia aparecieron fueron el *Citrobacter Freundi* y el *Enterobacter Cloacae*. Bacilos gramnegativos, de la familia de las Enterobacteriáceas, normalmente forman parte de la flora intestinal y con frecuencia son causa de infecciones nosocomiales, las más frecuentes en pacientes portadores de sonda urinaria y que han recibido previamente antibióticos.

Fisiológicamente, las vías urinarias son estériles, excepto en el tercio terminal de la uretra, donde pueden anidar especies de cocos procedentes de la piel circundante. ¿Cómo es posible que el 92% de las muestras estén contaminadas?.

Las infecciones de la pelvis renal se deben a infecciones descendentes que parten del riñón. Se atribuye también a las infecciones por vía ascendente que arrancan de la vejiga, pero existen varios mecanismos de defensa que se oponen a la progresión de gérmenes hasta los lugares más altos del sistema urinario. En primer lugar, el vaciado periódico y completo de la vejiga que tiende a arrastrarlos hacia afuera, y la existencia de mecanismos bactericidas en la pared vesical. Por otra parte, la propia orina se opone al crecimiento de muchos gérmenes.

La ascensión ureteral se ve dificultada, aparte del efecto esfínter de la unión vesicoureteral y por el flujo urinario descendente, por el mecanismo de la peristalsis que produce la coaptación de la pared ureteral en distintos tramos, creando fragmentos de orina independientes que son impulsados hacia la vejiga urinaria.

Por ello es necesario completar el estudio con toma de muestra en ambos riñones (no como se hizo hasta ahora, de un sólo riñón), cultivo de orina vesical, frotis de contenido pelo-caliciar y estudio histológico de la mucosa pelo-caliciar y del riñón.

TABLA 1.-Resultados de las tomas bacteriológicas y de los datos autópsicos.

SEXO	EDAD	DATA**	CAUSA MUERTE	GERMEN*
V	68	5	C.I.(M.Súbita)	1 y 2
M	80	13	E.A.P.	3 y 4
M	59	11	C.I.(M.Súbita)	5

V	72	14	C.I.(M.Súbita)	6
V	17	7	Ahorcadura	4 y 7
V	17	8	TCE (Tráfico)	4, 8 y 9
V	32	17	ADVP	7
V	42	22	Suicidio	7 y 10
V	84	16	TCE (Tráfico)	7 y 11
M	80	15	M.Hipertrófica	7 y 11
V	70	30	Aneurisma aorta	12 y 13
V	60	20	Rot.aorta	4
V	24	13	TCE (Tráfico)	Negativo
V	50	40	TCE(Tráfico)	6

(*)Para identificar los gérmenes, ver TABLA 2.

(**)DATA: Tiempo transcurrido entre la muerte y la toma de la muestra.

TABLA 2.- Relación de gérmenes cultivados según TABLA 1.

NUMERO	GERMENES
1	Streptococcus grupo viridans
2	Staphilococcus coagulasa negative
3	Pseudomona especies
4	Citrobacter freundii
5	Staphilococcus coagulasa positive
6	Escherichia coli
7	Enterobacter cloacae
8	Enterococcus faecalis
9	Morganella morganii
10	Xanthomas Maltophilia
11	Enterobacter intermedius
12	Klebsiella pneumoniae
13	Cándida albicans

NORMAS GENERALES DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN AUTOPSIAS Y MICROBIOLOGIA EN EL SINDROME DE LA MUERTE SUBITA DEL LACTANTE.

PROTOCOLOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA

A. NORMAS GENERALES DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN AUTOPSIAS

- 1) Como norma general, la autopsia se realizará en un periodo que no supere las 24 horas desde la muerte del individuo.
- 2) Los cadáveres deberán ser almacenados a 4°C lo antes posible y hasta la realización de la autopsia.
- 3) El personal implicado en la autopsia realizará un lavado quirúrgico.
- 4) Antes de comenzar la autopsia, el cadáver se lavará con Betadine® (Iugolpovidona al 10%).
- 5) Las muestras para análisis microbiológicos serán tomadas al principio de la necropsia.
- 6) La disección de tórax y órganos abdominales se realizará empleando las técnicas de esterilidad y asepsia quirúrgicas usuales.
- 7) Con objeto de obtener resultados más significativos, se aconseja realizar cultivos de dos o más órganos, ya que el aislamiento de un mismo patógeno en ellos podría ayudar a establecer un diagnóstico de infección.
- 8) En general, las muestras se obtendrán esterilizando la superficie del órgano con una espátula ardiente y cortando bloques de tejidos o aspirando fluidos a través del área cauterizada.
- 9) Se empleará un kit de instrumentos estériles para cada órgano.
- 10) El envío de las muestras al laboratorio será **inmediato** así como su procesamiento.

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO:

El cultivo del LCR es imprescindible para excluir una meningitis, frecuente entidad en el lactante. Debe realizarse estudio bacteriológico y virológico.

TECNICA: La zona de la piel donde se va a realizar la punción lumbar se desinfecta con Betadine® y se deja secar, procediéndose posteriormente a la extracción de la mayor cantidad posible de líquido.

TRANSPORTE: El líquido extraído se introduce en un tubo estéril o bien en un frasco estéril (tipo frasco para recogida de orina), que se envía inmediatamente al laboratorio sin necesidad de refrigerar para realizar el cultivo bacteriano. Si fuera posible cultivar virus se deberá disponer de otro recipiente similar que se transporte en refrigeración con hielo seco o bolsas con congelantes. Además es conveniente congelar una parte del LCR extraído en un tercer recipiente estéril con objeto de poder

efectuar posteriormente estudios serológicos.

HEMOCULTIVOS:

La realización de hemocultivos es esencial para excluir una septicemia insospechada. La contaminación de éstos, es decir, la obtención de resultados falsamente positivos, se debe en parte a una extracción inadecuada de la muestra: por consiguiente, resulta fundamental realizar una correcta toma de la misma.

TECNICA: La obtención de sangre para hemocultivos se recomienda realizarla bien por punción intracardiaca transcutánea sin manipulación abdominal previa (a tórax cerrado y tras la desinfección de la piel -indicada en el apartado de LCR-), o bien por punción directa del ventrículo derecho a tórax abierto y tras quitar el esternón; clásicamente se recomienda, en éste último caso, la aplicación de una espátula al rojo sobre el miocardio, como medio de descontaminación superficial, antes de realizar por ése lugar la extracción de sangre. También es posible extraer la sangre, en estas mismas condiciones de asepsia, de aorta o vena cava inferior. El volumen mínimo de sangre que se extraerá será de 1-2 ml, que se procesará en aerobiosis y anaerobiosis con objeto de realizar estudios bacteriológicos.

TRANSPORTE: Lo más adecuado será disponer *in situ* de frascos para hemocultivos (comercializados por Biomerieux, BBL, Diagnostic Pasteur, etc), en los que se inocularán 1-2 ml de sangre en el frasco aerobio y en el anaerobio, que se enviarán inmediatamente y sin refrigerar al laboratorio, donde se incubarán en estufa a 37°C. Si esto no fuera posible, la sangre se introducirá en un tubo estéril con anticoagulante (el más adecuado es el SPS ó polianetol sulfonato sódico, ya que oxalato, citrato, EDTA y fluoruro son tóxicos para muchos microorganismos), que se enviará al laboratorio sin refrigerar y de forma inmediata.

CULTIVO DE ORGANOS Y TEJIDOS (NECROPSIAS):

Los tejidos cuyo cultivo microbiológico presenta interés son: hígado, bazo, pulmón, riñón, corazón y cerebro. En ocasiones el cultivo del bazo puede sustituir al hemocultivo si no hubiera sido posible realizarlo. El pulmón -que puede ser sustituido por aspirado bronquial- y el riñón deberán inocularse tanto en cultivos bacterianos como víricos. El corazón, el hígado y el cerebro se procesarán para virología.

TECNICA Y TRANSPORTE: Se cauteriza una superficie amplia (5 por 5 cms) con una espátula al rojo. Con ayuda de instrumental estéril se toma un bloque de tejido de 1 cm³, empleando un equipo para cada muestra. El tejido se introduce en un recipiente estéril (tipo frasco de orina) y se envía al laboratorio inmediatamente donde se homogeneiza y cultiva. Sólo en caso de que además sea posible cultivar virus sería necesario transportar con refrigeración mediante bolsas con congelantes o hielo seco.

ASPIRADO BRONQUIAL:

El objeto de cultivar este tipo de muestras es el hallazgo de patógenos respiratorios claramente diferenciables de la flora habitual de vías altas respiratorias. Esta muestra se emplea muchas veces como alternativa al pulmón.

TECNICA: Se obtiene mediante una jeringa estéril que se introduce en el bronquio lobar inferior inmediatamente después de la separación de los bronquios principales. Una vez que se tiene el aspirado en la jeringa, se extrae con cuidado todo el aire que se haya introducido, para intentar mantener las condiciones de anaerobiosis.

TRANSPORTE: Se deben emplear tubos o viales comercializados específicos para transporte de anaerobios (son viales que contienen cisteína como agente reductor y resazurina como indicador de que en el vial se mantienen las condiciones anaerobias) en los que la muestra se inyecta a través de un tapón de goma para evitar introducir aire. El transporte al laboratorio será inmediato y sin necesidad de refrigerar.

ASPIRADO NASOFARINGEO:

Reviste especial interés en el cultivo de virus.

TECNICA Y TRANSPORTE: Se emplean torundas que lleven incorporado un medio de

transporte (preferentemente medio de Stuart). Se introduce una de éstas torundas flexible y estéril en la nasofaringe, se rota varias veces y se saca. Si se va a realizar exclusivamente un cultivo bacteriológico se puede mantener a temperatura ambiente, mientras que si se realizase además cultivo de virus sería necesario emplear otra torunda que se transportase con refrigeración mediante bolsas con congelantes o hielo seco. En cualquier caso, el envío al laboratorio será inmediato.

OIDO MEDIO:

Es un sitio relativamente estéril del cual se pueden tomar muestras, cuyos resultados se interpretarán en conjunción con los histopatológicos y con los aislamientos en los demás cultivos. Se realizará cultivo bacteriológico.

TECNICA Y TRANSPORTE: Se realiza una limpieza del canal con un antiséptico. Se emplea una torunda con medio de transporte (preferentemente medio de Stuart) y se envía inmediatamente al laboratorio. No es necesaria la refrigeración.

CONTENIDO INTESTINAL:

Tanto en fragmentos del intestino delgado como del grueso si existe evidencia de diarreas necesaria la investigación de patógenos entéricos (*Salmonella* y *Shigella*, *E.coli enteropatógeno*, *Clostridium botulinum*, *Rotavirus*, etc).

TECNICA Y TRANSPORTE: Se debe realizar una aspiración a través de la pared intestinal con jeringa y aguja estériles y el contenido se introduce en un vial de anaerobios (descrito en el apartado del aspirado bronquial) que se transportará inmediatamente al laboratorio a temperatura ambiente. Si se carece de éstos viales, se puede emplear un recipiente estéril, si bien las condiciones anaerobias, necesarias para la supervivencia de *Clostridium botulinum* se habrían perdido. Si resulta factible realizar cultivos de virus, se deberá enviar un vial estéril y refrigerado en bolsas con congelantes o con hielo seco.

TOXINA DE CLOSTRIDIUM BOTULINUM:

Para su estudio es necesaria la extracción de suero así como el análisis del sobrenadante del contenido intestinal.

CASOS EN QUE NO SE PUEDA REALIZAR AUTOPSIA:

Se recomienda realizar un cultivo de los orificios externos: oído medio, nariz, exudado rectal. Este se puede realizar con torundas estériles con medio de mantenimiento (medio de Stuart ó Amies) que se enviarán inmediatamente al laboratorio.

B. MICROBIOLOGIA EN EL SINDROME DE LA MUERTE SUBITA DEL LACTANTE:

Establecer un diagnóstico de muerte súbita del lactante, (SIDS) es una labor que concierne a patólogos, inmunólogos, bioquímicos y microbiólogos; la microbiología resulta importante ya que sin estudios bacteriológicos y virológicos esta investigación quedaría incompleta. La valoración de los cultivos microbiológicos post mortem ha sido discutida en base a la posible obtención de resultados falsamente positivos. Dos razones han contribuido a ello: 1) La diseminación de la flora microbiana en el cadáver ha sido un tema polémico, que hoy se considera resuelto: estudios recientes demuestran que el cadáver puede mantenerse estéril durante un periodo de tiempo prolongado, siendo posible la toma de muestras dentro de las 24 primeras horas -e incluso de las 48- después de la muerte. 2) La contaminación del cadáver debido al empleo de técnicas no asépticas en la extracción de la muestra. Superado pues el primer aspecto, la mejora en la recogida de muestras de autopsias puede aportar nuevos datos que establezcan una correlación entre la situación clínica previa, especialmente si ésta es de origen infeccioso, y la causa de la muerte.

ETIOLOGIAS INFECCIOSAS QUE SE HAN RELACIONADO CON EL SIDS:

Existen diversas teorías que relacionan a distintos microorganismos como responsables del SIDS, que van desde aquella que implica a bacterias toxicogénicas (distintos tipos de Clostridium, Escherichia Coli y S. Aureus enterotoxigénico), a aquella otra en la que se afirma que tal vez sean ciertos virus respiratorios quienes al provocar una infección en el organismo, lo debilitan y predisponen para un SIDS. En cualquier caso, es necesaria la exclusión de la infección causada por todos estos microorganismos para establecer rigurosamente un SIDS, por lo que a continuación se exponen los microorganismos que se han asociado con ésta entidad.

a) BACTERIANAS:

1) *Streptococcus agalactiae* (estreptococo β hemolítico del grupo B).

Es uno de los más frecuentes responsables de meningitis y sepsis en neonatos. Se ha aislado en pulmón, bazo, LCR, nariz, bronquios principales, pulmón y sangre.

2) *Neisseria meningitidis*:

Importante agente causante de meningitis fulminante. El carácter agudo de éste proceso hace necesaria su investigación.

3) *Haemophilus influenzae* tipo B:

Causante de meningitis, se ha asociado a ciertos SIDS.

4) *Clostridium botulinum*:

Antes de establecer un SIDS es necesario excluir la existencia de un botulismo infantil causado por *D.botulinum* A ó B. En ciertos casos de muerte súbita se ha aislado en sangre cardiaca, hígado, bazo, riñón y contenidos de intestino delgado y grueso.

5) *C. difficile*:

Existen algunos casos asociados a la presencia de éste microorganismo y de sus toxinas A y B.

6) *Staphylococcus aureus* enterotoxigénico.

7) *Escherichia coli* enterotoxigénico.

8) *Streptococcus pyogenes* (grupo A).

La producción de toxinas pirogénicas lo implica como posible responsable de SIDS.

b) VIRICAS:

1) Citomegalovirus:

Se ha aislado de pulmón. Se han hallado inclusiones citomegálicas cerebrales en SIDS; tal vez la infección por CMV predisponga al lactante para un SIDS.

2) Virus Respiratorio Sincitial (VRS):

Su presencia en individuos con SIDS hace pensar en que pueda predisponer para una posterior infección bacteriana.

3) Rotavirus.

4) Enterovirus.

5) Los Adenovirus tipo 40 y 41 se han asociado con diarrea y el tipo 7 con neumonía.

6) Herpes simple tipo 2:

Principal responsable de meningitis vírica en el neonato.

BIBLIOGRAFIA:

Arnon S. S. Intestinal Infection and toxin production by Clostridium botulinum as one cause of sudden infant death syndrome. Lancet. 1978. 1: 1273.

Branham M., Henderson D.C. Group B Streptococcal infection presenting as sudden death in infancy. Archives of Disease in Childhood. 1987. 62: 419-420.

Bartlett R.C., Ellner P.D., Washington J.A. Blood Cultures. Cumitech 1. American Society for Microbiology. 1974.

Berry P.J. Pathological findings in SIDS. J.Clin.Pathol. 1992. 45 (Suppl):11-16.

Blackwell C.C., Saadi A.T., Raza M.W. Stewart J. Wir. D.M. Susceptibility to infection in relation to SIDS. J.Clin.Pathol. 1992. 45

(Suppl.):20-24.

Blackwell C.C., Saadi A.T., Raza M.W., Weir D.M., Busuttill A. The potential role of bacterial toxins in sudden infant death syndrome (SIDS). *Int.J.Leg.Med.* 1993. 105: 333-338.

Chernesky M.A., Ray C.G., Smith T.F. Laboratory diagnosis of viral infections. *Cumitech* 15. American Society for Microbiology. 1982.

Dobbins J.J., Jhonson S., Kunin C.M., DeVries W.C. Postmortem microbiological findings of two total artificial heart recipients. *JAMA.* 1988 259: 865-869.

Du Moulin G.C., Paterson D.G. Clinical relevance of postmortem microbiologic examination. *Human pathology.* 1985. 16: 539-548.

Finegold S.M., Shepherd W.E., Spaulding E.H. Practical anaerobic bacteriology. *Cumitech* 5. American Society for Microbiology. 1977.

Fleming K.A. Viral respiratory infection and SIDS. *J.Clin.Pathol.* 45(Suppl.):29-32.

Howatson A.G. Viral infection and interferon in SIDS. *J.Clin.Pathol.* 1992.45(Suppl.):25-28.

Isenberg H.D., Schoenknecht F.D., Von Graevenitz A. Collection and procesing of bacteriological specimens. *Cumitech* 9. American Society for Microbiology. 1979.

Jongh D.S., Loftis J.W. Postmortem bacteriology. A practical method for rutine use. *Am.J.Clin.Pathol.* 1968. 49:424-428.

Kinney H.C., Filiano J.J. Brainstem research in sudden infant death syndrome. *Pediatrician* 1988. 15:240-250.

Koneman E.W. Minckler T.M. Postmortem bacteriology. *Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.* 1970. 1:5.

Matas Andreu L., Coll Figa P., Carbó Saladrigas L. valoración retrospectiva de los resultados de los hemocultivos postmortem practicados en un hospital general. *Med.Clin. (Barc.)*1983. 81:662-664.

Martín Alvarez R., Pérez Saenz J.L. Microbiología Postmortem. *Med.Clin. (Barc)*1983. 81:667-669.

McClure S.P., Staneck J.L. Autopsy blood culture. Influence of sampling site on organism recovery. American Society for Microbiology meeting. Dallas 1981.

Pierce J.R., Merenstein G.B., Stocker J.T. Inmediate postmortem cultures in an intensive care nursery. *Pediatric Infectious Disease.* 1984. 3: 510-513.

Silver H., Sonnerwith AC. A practical and eficious method for obtaining significant postmortem blood cultures. *Am.J.Clin.Pathol.* 1969. 4:52: 433-437.

Sonnabend O.A.R., Sonnabend W.F.F. Krech, U., Molz G., Sigrist T. Continuous microbiological and pathological study of 70 sudden and unexpected infant death: toxigenic intestinal *Clostridium botulinum* infection in 9 cases of sudden infant death syndrome. *Lancet.* 1985. February 2: 237-241.

Wigglesworth J.S., Keeling J.W. Rushton D.I., Berry P.J. Pathological investigation in cases of sudden infant death. *J. Clin. Pathol.* 1987. 40: 1481-1483.

INFORMES DE PSICOLOGIA FORENSE (II)

MARIA SOLEDAD FILGUEIRA BOUZA¹

RESUMEN : La autora presenta un informe psicológico a cerca de un sujeto acusado de atracar un banco y toxicómano. Sin establecer un claro diagnóstico, descarta la existencia de algunos trastornos comunes y elabora conclusiones de trascendencia para el proceso judicial.

DATOS PERSONALES:

SEXO: Varón; EDAD: 22 años; RAZA: Blanca; FECHA DE NACIMIENTO: 13.3.1972; LUGAR: Berna (Suiza); PADRE: 55 años, Conserje; MADRE: 48 años, servicio de limpieza y comedor; HERMANOS: 1, mujer, 26 años; ESTUDIOS: 8ºEGB; PROFESION: Sin cualificar; OCUPACION: Mensajero; ESTADO CIVIL: Soltero; HIJOS: No; MEDIO : Urbano; TIPO DE CONVIVENCIA: Familia de origen nuclear (padres, hermana y un sobrino, hijo de la hermana, del que se han hecho cargo los padres).

DATOS DE LA EXPLORACION:

FECHAS Y HORAS DE EXAMEN: 6.2.1995 (12'15 a 13'45) y 7.2.1995 (11'15 a 12'45); LUGAR: Prisión; MOTIVO DE CONSULTA: Prueba pericial para proceso judicial por atraco a un banco. DERIVANTE: Juzgado de Instrucción; EXAMINADOR: María Soledad Filgueira Bouza. PRUEBAS REALIZADAS: Entrevista clínica, Índice de Inteligencia Premórbida (IIP) del laboratorio de Neuropsicología Cognitiva Humana de Sevilla, Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), Test de Retención Visual de Benton (TRVB), Psicodiagnóstico de Rorschach, Cuestionario de Personalidad MMPI.

INFORME PSICOLOGICO

¹Doctora en Psicología, Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta. Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo Oza. La Coruña. DIRECCION PARTICULAR: Carretera de la Estación, 7 Semisótano. 15660 Cambre (La Coruña).

DATOS DE LA DEMANDA:

Varón de 22 años, soltero, medio urbano. Polítotoxicómano. Se inicia en el consumo de Cannabis a los 14 años. A partir de los 16, aumenta y extiende progresivamente el consumo a otras sustancias, supuestamente inducido por su hermana mayor, heroinómana y afectada de SIDA. En la actualidad, consume cocaína y heroína. También ha consumido marihuana, ácidos, anfetaminas, éxtasis, 'crack', mescalina y barbitúricos. Trabaja desde los 16 años en ocupaciones diversas (camarero, fontanero, ...), últimamente en una empresa de radio-mensajería. Asegura buen rendimiento en el trabajo (no absentismo ó abandonos), salvo ocasionales retrasos por los que ha recibido avisos sin llegar a ser despedido. Ha intentado abandonar el consumo de drogas en varias ocasiones por su cuenta, sin ayuda profesional, recayendo una y otra vez al no poder superar el síndrome de abstinencia. Nunca se ha sometido a tratamiento. Fue excluido del servicio militar por toxicomanía.

Hace 5 años, sufrió un accidente de circulación en una motocicleta, con el resultado de un traumatismo craneoencefálico en el área frontal derecha y pérdida de conocimiento durante más de 48 horas, por el que estuvo hospitalizado 15 días en Unidad de Cuidados Intensivos. Desde entonces refiere parestesias, irritabilidad, rumiación ideativa, mareos, cefaleas en la zona frontal y, ocasionalmente, visión borrosa. Seis meses después, sufrió otro accidente similar con daños en la misma zona, ésta vez sin traumatismo y sólo 48 horas de hospitalización bajo observación. No ha realizado las revisiones trimestrales prescritas por los facultativos que le asistieron. Adicionalmente presenta quejas referidas a inquietud psicomotriz, 'piernas inquietas' y calambres. También asegura tener el tórax hundido desde el nacimiento, sintiendo dolores en el pecho y pinchazos en el corazón tras haberse golpeado contra el volante del coche recientemente en un tercer accidente.

El pasado mes de diciembre atracó un banco, en el curso de un síndrome de abstinencia, con una pistola de fogeo. No tenía dinero -solía gastar todo su sueldo en drogas- y decidió conseguirlo por éste medio antes que asaltar una farmacia o sustraerlo a su familia. Asegura insistentemente que nunca ha tenido intención de hacer daño a nadie. Ingresó en prisión el 3 de diciembre de 1994 y se encuentra a la espera de juicio. El Juzgado que instruye el proceso solicita una prueba pericial para la valoración de sus aspectos de inteligencia y personalidad.

DESCRIPCION DE LA EVALUACION:

La evaluación se realiza 6 días después de la demanda en el centro penitenciario.

El sujeto es sometido en primer lugar a una entrevista de recopilación de datos personales y clínicos, procediéndose seguidamente a una evaluación de la personalidad (Rorschach, MMPI) y neuropsicológica (TRVB), en una primera sesión. El cuaderno de preguntas y hoja de respuestas del MMPI se deja en posesión del examinado, por tratarse de un cuestionario de fácil autoaplicación, para que él mismo lo cubra a lo largo de la tarde. Al día siguiente, se procede a la evaluación de la inteligencia (IIP, WAIS).

El examen se realiza en el despacho del criminólogo de la prisión, en posición frente-a-frente,

con luz suficiente, sin interferencias ni interrupciones.

La colaboración del sujeto es excelente, su actitud confiada, desvelando el deseo de agradar y causar una buena imagen. Manifiesta reiteradamente su arrepentimiento por los hechos, su deseo de reinserción y la intención de iniciar un tratamiento rehabilitador, así como el temor de que su estado se agrave con la permanencia en prisión. Solicita que le sea concedida la oportunidad de ingresar en un centro de rehabilitación de toxicómanos. Tiene novia, quiere casarse, no quiere 'echar a perder su vida y su trabajo'. Cuenta con buen apoyo familiar por parte de los padres. Pregunta por sus posibilidades en el juicio: teme que sólo deriven para programas de tratamiento a los que están enfermos ó tienen alteradas sus facultades mentales. Durante la ejecución de las tareas, pide confirmación de éxito/fracaso y "teme" estarlas realizando "demasiado bien", aunque le agrada saber que el rendimiento es adecuado.

RESULTADOS:

1.INTELIGENCIA: (IIP, WAIS)

-Indice de Inteligencia Premórbida: A partir de los datos personales, sociodemográficos y educativos del sujeto, ésta prueba permite la estimación del nivel intelectual previo a un supuesto daño cerebral. Al contrastarse con el nivel obtenido en el momento de la exploración, informa sobre la existencia ó ausencia de deterioro cognitivo. Los niveles estimados para éste sujeto son los siguientes: CI verbal, 92,38 (nivel intelectual medio); CI de ejecución 94,45 (nivel medio); CI total, 91,13 (nivel medio).

-WAIS. Niveles obtenidos en la exploración: CI verbal, 102 (nivel medio), CI manipulativo, 102 (nivel medio); CI total, 101 (nivel medio).

La capacidad intelectual del examinado se sitúa en el **nivel medio** (CI de 90 a 109), coincidiendo con la estimación que corresponde a sus características. No se detecta en el perfil de resultados de la prueba, ninguno de los signos de organicidad que ésta permite calcular, ni aparece deterioro intelectual patológico. **Todas las funciones cognitivas están bien conservadas.** No se aprecia ninguna desviación hacia los límites inferiores ni superiores en las puntuaciones de los diferentes subtests, por lo que cabe concluir que la inteligencia de éste sujeto, sin alcanzar un rendimiento brillante, (de nivel superior), es normal.

2.EVALUACION NEUROPSICOLOGICA (TRVB)

-Test de retención visual de Benton. La decisión de incluir ésta prueba en la batería se fundamenta en el antecedente de traumatismo cráneo-encefálico. Este cuadro es susceptible de producir daño cerebral con secuelas cognitivas que el TRVB permite detectar. En éste caso los resultados no apoyan la sospecha: 4 errores (3 distorsiones, 1 desplazamiento) en el hemisferio derecho y un error (distorsión) en el hemisferio izquierdo. Dada la edad y el CI del sujeto, el

número de aciertos (6) y el número total de errores (5) caen dentro de los márgenes admisibles indicativos de normalidad, por tanto, el protocolo **no permite afirmar la existencia de daño cerebral con disfunciones cognitivas.**

3. PERSONALIDAD (Rorschach, MMPI)

-Psicodiagnóstico de Rorschach. Aún tratándose de una prueba proyectiva de utilización preferente en evaluaciones de la personalidad y psicopatología, el psicodiagnóstico de Rorschach arroja también información sobre el nivel intelectual y posibles daños de sustrato orgánico. El protocolo de éste sujeto es congruente con un **buen nivel intelectual**: se aprecia en las respuestas **eficacia creativa, capacidad de abstracción, razonamiento, atención, concentración y percepción adecuadas**, si bien, existe una cierta **tendencia a desconsiderar las características más obvias de los estímulos del entorno**, determinando un estilo de **pensamiento abstracto más que concreto.**

Sobre los aspectos de personalidad destacan los siguientes rasgos: **egocentrismo, inmadurez, dependencia afectiva y compulsividad.** El sujeto se rige por impulsos que exigen una **gratificación inmediata**, más que por objetivos a largo plazo. Es reacio a demorar sus necesidades, lo que puede ocasionar eventualmente una **descarga impulsiva lábil y reacciones en cortocircuito** (impetuosas, no reflexionadas). Tiende además al **aislamiento social.** No está exento, sin embargo, de la **capacidad de adaptación afectiva**, es decir, puede establecer vínculos estables. El estado de ánimo, en el momento de la evaluación, es de tono **depresivo-ansioso.**

-Cuestionario de Personalidad MMPI. Esta prueba psicométrica cuenta con unas escalas de sinceridad y validación que permiten detectar la tendencia a distorsionar las respuestas en sentido positivo o negativo, así como los errores de respuesta por fallos en la interpretación de las instrucciones. En el protocolo de éste sujeto se aprecia la **tendencia a dar una mala imagen deliberada.** También existen errores de respuesta suficientes como para invalidar la fiabilidad de los datos. A pesar de ello, se informa sobre los rasgos más relevantes, que resultan útiles en la medida de su congruencia con los resultados obtenidos en las demás pruebas. Interesa particularmente resaltar las coincidencias con la información del Rorschach, donde no es posible la distorsión deliberada de las respuestas, por tratarse de una prueba proyectiva que impide al sujeto impresionar con signos psicopatológicos simulados voluntariamente (en el Rorschach no es posible conocer qué tipo de respuestas son deseables ó indeseables).

Se aprecia un **bajo nivel de integración y equilibrio personal (fuerza del Yo disminuida), tendencia a desconsiderar las normas sociales, las obligaciones y las consecuencias de la propia conducta, susceptibilidad, necesidad de estimación, un estado de ánimo abatido y preocupación por el estado de salud.** Se confirma la **capacidad para entablar vínculos sociales, autoafirmación e iniciativa.** La **capacidad de autocontrol** no está perdida (nivel medio). Es elevada la puntuación en la escala que mide la disociación entre la vida subjetiva y la realidad, sin embargo no

se puede afirmar la existencia de psicopatología severa dada la falta de validez del protocolo que se señalaba al principio y porque la experiencia clínica y la investigación han demostrado que ésta escala arroja numerosos falsos positivos.

CONCLUSIONES:

No se detectan alteraciones que permitan establecer un diagnóstico psicopatológico. La inteligencia del sujeto examinado es normal. No se aprecian trastornos graves de la personalidad. La desviación más notoria se focaliza en un **trastorno del control de los impulsos**. Puesto que tanto los aspectos intelectuales como de personalidad están dentro de los límites de la normalidad, no parece necesario ningún tratamiento específico en este sentido. Considerando además la edad, aptitudes y recursos del sujeto (apoyo familiar y afectivo), su aparente recapacitación y la actitud positiva, es susceptible de **reinserción socio-laboral**, por lo que se hace recomendable un **tratamiento de desintoxicación y rehabilitador en una institución para toxicómanos**.

La Coruña 9 de febrero de 1995

María Soledad Filgueira Bouza.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

J.CABRERA FORNEIRO Y J.C.FUERTES ROCAÑIN. "La enfermedad mental ante la ley". Editorial Libro del Año. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid 1994.