

INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO: TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS E INCAPACIDAD CIVIL (CURATELA)

David González Trijueque ¹
Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Resumen

En la actualidad, la incapacitación civil se encuentra regulada en el derecho español en los artículos 199 y siguientes del Código Civil tras la reforma operada en dicho texto legal por la Ley 13/83 de 24 de octubre de 1983 la cual supuso un intento del legislador por potenciar al máximo las funciones de protección del derecho a las personas disminuidas y al mismo tiempo ofrecer a éstas las máximas garantías para poder defender y ejercitar sus derechos. Así, el artículo 199 del Código Civil dice que *"nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas por la Ley"*, complementando a dicho concepto legal el artículo 200 cuando establece *"son causas de incapacitación las enfermedades y deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por si misma"*. En el presente artículo se facilita un modelo de informe pericial psicológico solicitado judicialmente con el objeto de determinar el posible establecimiento de una tutela o curatela en un sujeto que padece un trastorno de compra compulsiva.

PALABRAS CLAVE: *incapacidad civil, trastorno del control de los impulsos, compra compulsiva, curatela.*

Abstract

Currently, the limiting of civil ability is regulated in Spanish law by Articles 199 and the following articles of the Civil Code, after the reformation of this legal text via Law 13/83 of October 24, 1983. This was an attempt by the legislator to promote the functions of protection of the rights of handicapped people and at the same time, to offer them the maximum assurance that they will be able to defend and exercise their rights. Thus, Article 199 of the Civil Code states that *"No one can be declared incapable except by a judicial*

¹ *Correspondencia:* Dr. David González Trijueque. Psicólogo Forense. Juzgados de Getafe (28905). Madrid. E-mail:

* Los datos originales del informe facilitado han sido modificados con el propósito de impedir su reconocimiento.

Fecha de recepción del artículo: 13-04-2009.

Fecha de aceptación del artículo: 26-06-2009.

sentence due to the causes established by law" and this legal concept is complemented by Article 200, which establishes that "diseases and persistent deficiencies of a physical or psychological nature that prevent the person from controlling him or herself are cause for incapacitation." In this article, we present a model of an expert report requested judicially in order to determine the possible establishment of a guardianship or trusteeship of a subject who suffers from a compulsive buying disorder.

KEY WORDS: civil disability, impulse control disorder, compulsive buying, guardianship.

Introducción: el concepto de incapacidad civil

Para entender lo que constituye la incapacidad civil desde el punto de vista legal y las consecuencias que acarrea a la persona declarada incapaz, es preciso conocer antes qué se entiende por capacidad civil, para lo cual es tradicional en derecho civil la distinción entre los dos grandes conceptos jurídicos sobre la capacidad: 1) la capacidad jurídica y 2) la capacidad de obrar. Se entiende por capacidad jurídica la aptitud natural que tiene toda persona, por el solo hecho de serlo, para ser titular de derechos y adquirir obligaciones, mientras que la capacidad de obrar es la aptitud para gobernarse y ejercer esos derechos y cumplir las obligaciones de los que se es titular, es decir, la capacidad que se tiene para poder gestionar y realizar los actos necesarios que sean decisivos para los intereses de una persona.

La capacidad de obrar se presume siempre en todas las personas salvo en los menores de edad. Es precisamente la incapacidad judicial el único medio que existe para reconocer y declarar la inexistencia o limitación de esa capacidad de obrar que de otro modo se presume plena, siempre que esa merma tenga su origen en determinadas enfermedades o deficiencias de tipo físico o psíquico, siendo el efecto principal de la incapacidad, pues, la anulación o limitación de la capacidad de obrar de una persona para dar lugar a la entrada en juego de las instituciones de protección y asistencia que el derecho ofrece, como la tutela u otras apropiadas para su guarda, cuidado o representación. Por lo tanto, podemos decir que la incapacidad civil es una medida dirigida a la mejor protección y seguridad de la persona incapaz, separándole de los perjuicios que para si misma, su forma de vida, la atención de sus necesidades o simplemente la gestión de sus intereses patrimoniales, pudiera causarle la adopción de decisiones inadecuadas o la ausencia de iniciativa alguna por su parte cuando le convenga adoptar alguna decisión al respecto.

El concepto de incapacidad civil tiene una indudable dimensión psicopatológica y es aquí precisamente donde puede entrar en juego la labor del psicólogo forense dirigida a asesorar al Juez, ya que la Ley (art. 208 del Código Civil) exige, entre otras pruebas, que ineludiblemente se han de llevar a cabo la audiencia de los familiares y parientes más próximos y el examen personal y directo por el mismo Juez del presunto incapaz, así como el dictamen de un facultativo. Se hace preciso, pues, que intervenga un médico como perito en su función de asesoramiento al Juez, perito que puede ser nombrado bien a propuesta de las partes del proceso (parientes, Ministerio Fiscal o el propio interesado), bien de oficio por el propio Juez. La Ley no distingue qué tipo de especialidad médica debe tener el perito informante. No obstante, debemos señalar que al margen de la pericial médica también es común que el Juez solicite la intervención de otros profesionales como los psicólogos, tal y como ocurre en el caso expuesto en el presente artículo.

En cualquier caso, de la definición legal de las causas de incapacitación se desprende que la labor del facultativo informante se deberá extender a tres puntos fundamentales: 1) el diagnóstico, es decir, si existe o no enfermedad o deficiencia física o psíquica, base patológica sin la cual no puede haber causa de incapacidad; 2) el grado de aptitud o autonomía que dicha patología permite tener a la persona afectada, es decir, su capacidad de autogobierno, y 3) la persistencia o expectativas de remisión de la enfermedad o deficiencia. Son los puntos 2º y 3º, sin olvidar el 1º, los que revisten mayor interés a los efectos de la incapacitación, pues lo importante no es tanto la existencia de determinada patología como entidad diagnóstica, sino las repercusiones concretas que tiene sobre la persona, lo que obligará a examinarla situación particular de cada paciente y todas sus circunstancias personales, sociofamiliares y del entorno, así como la duración probable o previsible de la patología y su incidencia en el futuro.

Objeto de la pericial solicitada

A petición del Juzgado de Primera Instancia nº X de Madrid en relación con el procedimiento civil de incapacitación xxx/2005 seguido en dicho Juzgado entre Dña. MM (madre del presunto incapaz) y D. JF (presunto incapaz), se solicita la emisión de informe pericial psicológico en relación a “*valorar el estado psicopatológico del presunto incapaz y proponer si procedería el establecimiento de una opción de curatela sobre su persona*”.

Antecedentes documentados del caso

El 9 de Diciembre de 2004, a través de demanda de juicio verbal por procedimiento de incapacitación contra el Ministerio Fiscal en su condición de defensor judicial del presunto incapaz e hijo de la demandante, Dña. MM, se señala que D. JF, nacido en Valencia el 2 de Agosto de 1954, de estado civil soltero, reside en la actualidad junto a su madre, de ochenta y cuatro años de edad, si bien es propietario de un inmueble sito en Madrid. Además, se indica que D. JF trabaja en los almacenes de un centro comercial desde hace más de treinta años, percibiendo unos ingresos anuales de 18.000 €, siendo éste el único trabajo que ha tenido hasta la fecha, y donde ha llegado a alcanzar cierta relación con sus superiores y compañeros, ya que conocen su discapacidad y sus problemas con la administración de su economía. Asimismo, se añade que D. JF padece un trastorno mental, cuyo diagnóstico actual es el de trastorno de personalidad, cuya evolución y características se exponen en los hechos siguientes y que le incapacitan para gobernar su vida y su patrimonio, entendiéndose que precisa la medida protectora de la incapacidad, si bien por las circunstancias personales del demandado, se solicita la figura de la curatela o de forma subsidiaria si fuera así entendido a la luz de las pruebas que se practiquen se podría hablar de una incapacidad total únicamente en aspectos de administración económica.

En cuanto a la evolución de su trastorno, se expone que D. JF tuvo un ingreso aislado en 1972 de tres meses de duración por lo que pudiera tratarse de una reacción paranoide; sin embargo, su trastorno comienza a hacerse más elocuente a partir de 1990, año en que precisa ser ingresado en unidad de psiquiatría en un hospital de Madrid por presentar grave descontrol y agresividad verbal y contra los objetos, sintiéndose observado y controlado por su entorno, con sentimientos de culpa, descuido personal y abandono en su aseo, siendo derivado posteriormente a los servicios de salud mental correspondientes para su seguimiento (*“la semana antes de que me ingresaran empecé a sentirme vigilado, creía que la gente hablaba de mi y se reían de lo que yo hacía [...] siempre he sido muy religioso y solitario, no me gusta estar con la gente”*), iniciando tratamiento psicofarmacológico (*haloperidol¹ y lorazepam²*). Posteriormente, vuelve a precisar acudir a urgencias hospitalarias en Octubre de 1993 por indicación del médico de su empresa quien considera que D. JF debe tener una baja laboral al haber presentado en su puesto de trabajo temblores, inquietud y sensaciones subjetivas de tensión psíquica, tratándose aparentemente de un *“trastorno de pánico sintomático limitado”*. Más tarde, en Julio de 1994,

1 Antipsicótico.

2 Ansiolítico.

D. JF vuelve a acudir al servicio de urgencias del hospital acompañado de su madre, como en otras ocasiones, esta vez por presentar intensa angustia y sensación de sentirse rechazado, refiriendo nuevamente síntomas paranoides y de prejuicio así como sensación de culpa por vivencias del pasado, efectuándose como juicio diagnóstico “*reacción paranoide aguda*”. Desde esa fecha se hacen necesarios varios periodos de bajas médicas en los años sucesivos, alguno de ellos de meses de duración por los mismos motivos (sensación de perjuicio, aislamiento, trastornos conductuales); así por ejemplo, mediante informe médico con fecha de 1 de Septiembre de 2002 se recomienda que no se produzcan cambios de horarios en el trabajo de D. JF para evitar reagudizaciones clínicas y descompensaciones clínicas. Asimismo, en Abril de 2003 D. JF tuvo que ser trasladado a urgencias nuevamente por una ambulancia por presentar un cuadro de agitación psicomotriz tras una discusión con su madre en el domicilio de ésta motivada por su incapacidad para administrar su economía.

Por otra parte, el 11 de Febrero de 2004, a través de informe psiquiátrico sobre D. JF se señala que “*toda su clínica está matizada por su personalidad, enormemente dependiente y en muchos aspectos inmadura, con gran dificultad para tolerar la frustración y para adaptarse a los cambios [...] gran timidez, tendencia al aislamiento y dificultad en las relaciones sociales [...] a lo largo de estos años su situación clínica ha experimentado pocas variaciones, a pesar de mantener buen cumplimiento terapéutico con abordaje psicoterapéutico de apoyo [...] un problema que apareció ya en 2000 es la dificultad para manejar su economía, haciendo compras compulsivas e innecesarias, quizás como compensación de sus sentimientos de minusvalía y aislamiento y que le han llevado a la necesidad de pedir varios créditos bancarios, y a la familia a tener que intervenir en su ayuda [...] creemos que sería conveniente establecer una curatela sobre los bienes del paciente para poderle proteger frente a sus momentos de descompensación psicopatológica*”, realizándose el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Asimismo, se indica que D. JF no controla su nivel de gastos ni de compras que realiza de manera compulsiva, sin poder controlar su economía, añadiéndose que ya en 2000 tuvo episodios de compras de cosas caras que no usaba y que estaban por encima de sus posibilidades y que en 2002, cuando su familia se dio cuenta que había gastado todo el dinero ahorrado rescatando los fondos de inversión y había además pedido numerosos créditos a la par y era incapaz de pagarlos con su sueldo, situación que pudo ser controlada por su familia en aquel entonces aportándole ayuda económica, volviéndose a producir la misma situación en 2003 y 2004. Por otra parte, se informa que al momento de iniciarse los tramites de consulta y gestión por parte de su madre, ésta llegó a descubrir que su hijo tenía mas de diez prestamos paralelos, siendo la razón de los mismos las distintas compras realizadas (p. ej., ropa, enseres,

aparatos electrónicos muy caros), para la cuales solicita prestamos que no puede pagar y para pagar éstos vuelve a pedir más prestamos. Por ello, el nivel de endeudamiento de D. JF ha sido tal que su familia no sólo ha debido salir en su ayuda en varias ocasiones, sino que teme y tiene miedo de que si no se puede controlar esta situación el nivel de endeudamiento sea tan grande que acabe arrastrando el piso del que es propietario.

Según documentación examinada, D. JF es consciente de su trastorno, aunque no pueda controlar por sí mismo sus impulsos de compras compulsiva o la solicitud de créditos. Acude al médico con regularidad, lleva el tratamiento prescrito y por lo general en caso de crisis suele admitir que le trasladen al hospital y acudir al servicio de urgencias correspondiente. Acude a trabajar todos los días y es disciplinado en sus costumbres y hábitos, aunque dependa a nivel doméstico del apoyo de su madre. D. JF tiene conocimiento de la actual demanda y de la acción legal iniciada, de hecho ha sido él quien ha pedido que le ayuden a solucionar sus conflictos, suplicando ser sometido a una curatela personal y patrimonial o subsidiariamente una incapacidad total en aspectos económico o cualquier otro grado de incapacidad que a la luz de las pruebas y con los límites y extensión que el Juzgado considere necesarios y precisos para su protección, confiriéndose a la fundación “T”³ el nombramiento de curador o cualesquiera otro que hubiere lugar consecuencia de la declaración de su incapacidad.

El 17 de Septiembre de 2004, a través de informe médico forense se señala que D. JF padece descontrol de impulsos que le llevan a realizar gastos desmesurados y que debido a su patología su voluntad está alterada, encontrándose psíquicamente impedido para administrar sus bienes pese a tener conciencia de enfermedad. Se añade que precisa orientación y supervisión continua para administrar sus bienes, objetivándose al momento de la exploración un trastorno de los impulsos, siendo susceptible de curatela.

Asimismo, el 22 de Enero de 2005, mediante informe clínico de D. JF emitido desde el centro de salud mental correspondiente se indica que se trata de un paciente que está en tratamiento en dichos servicios desde 1990 tras un ingreso en la unidad de psiquiatría por cuadro clínico de reacción paranoide aguda. Además, se señala que la sintomatología paranoide que presentó estaba centrada en el ámbito laboral y remitió con tratamiento neuroléptico y benzodiacepínico, tratamiento que continua siguiendo en la actualidad, evidenciándose un fondo de tipo aprensivo con intensa ansiedad, por lo que se añadió medicación antidepressiva. Considerando los antecedentes D. JF, se considera como conveniente establecer una curatela sobre los bienes del paciente

³ Entidad sin ánimo de lucro de ámbito estatal declarada de finalidad benéfico-asistencial por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

para poder protegerle frente a sus momentos de descompensación psicopatológica.

Por último, señalar que con fecha de 12 de Febrero de 2005, es emitido informe psiquiátrico legal donde se señala que D. JF padece un trastorno de los impulsos de tipo compra compulsiva y un trastorno paranoide del tipo delirio sensitivo compensado con medicación, añadiéndose que tan un trastorno como el otro son crónicos y de etiología no precisable, determinando ambos, un déficit claro de las habilidades funcionales económico-administrativas en actos de disposición y compras de precio fijo.

Metodología

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

▪ Entrevistas y observaciones

- Entrevista clínica semiestructurada con D. FJ. Duración: 90 minutos aprox.
- Entrevista abierta con la madre del peritado, Dña. MM. Duración: 45 minutos aprox.
- Contacto telefónico con el Sr. G, responsable del peritado en su lugar de trabajo.

▪ Pruebas administradas

- *MMSE. Examen cognoscitivo Mini-Mental de M. F. Folstein et al. (2002).* Adaptado en población española por TEA Ediciones, S. A. El MMSE es una breve y sencilla prueba que resulta útil en el *screening* del deterioro cognitivo, su estimación y la evaluación de los cambios producidos en el tiempo. El Mini-Mental se ha convertido en un instrumento imprescindible para la evaluación del deterioro en ancianos o en otras personas que puedan presentar un deterioro significativo.
- *BG. Test Guestáltico Visomotor de L. Bender (2005).* La prueba consiste en nueve figuras geométricas que el sujeto debe reproducir teniendo delante el modelo. Partiendo de los dibujos realizados se estudia la función guestáltica integradora y a través de ella, las posibles perturbaciones orgánicas funcionales, nerviosas y mentales.
- *TONI-2. Test de inteligencia no verbal de L. Brown et al. (2000).* Adaptado en población española por TEA Ediciones, S. A. Proporciona una medida del funcionamiento intelectual del sujeto mediante la

evaluación de la capacidad para resolver problemas abstractos de tipo gráfico, eliminando la influencia del lenguaje y de la habilidad motriz. En la presente evaluación fue administrada la “Forma A” de la prueba.

- *MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (1997)*. Adaptado en población española por TEA Ediciones, S. A. Compuesto por 175 ítems que evalúan las siguientes escalas: 1) fiabilidad y validez, 2) personalidad, 3) personalidad patológica, 4) síndromes clínicos de gravedad moderada, y 5) síndromes clínicos de gravedad severa.
- **Otras fuentes de información**
 - Vaciado de autos: análisis de la documentación que consta en el expediente judicial.

Evolución psicobiográfica

D. JF nace en Valencia el 2 de Agosto de 1954, manifestando recuerdos agradables en lo que a su infancia y adolescencia se refiere. Informa que en la actualidad alterna su lugar de residencia entre el domicilio materno y el suyo propio, ubicados ambos en Madrid (*“a veces estoy donde mi madre porque está viuda y suelo comer con ella [...] la mayor parte del tiempo estoy en mi casa porque me gusta estar solo”*). Informa que su padre falleció en 1999 por enfermedad oncológica, y que su madre, goza de buena salud pese a su avanzada edad, refiriendo haber mantenido siempre una cordial relación con ambos; añadiendo que es hijo único (*“sólo tengo relación con mi madre y con un tío materno [...] nunca he tenido problemas con mi familia, sólo discusiones por el dinero que me gasto”*). A nivel social, el explorado reconoce no haber mantenido nunca relaciones de amistad, no habiendo mantenido nunca una relación de pareja estable (*“siempre me ha costado hacer amigos porque soy muy introvertido, sólo hablo con la gente del trabajo [...] me gusta estar solo y leer cosas sobre ocultismo y parapsicología [...] nunca he tenido pareja, no es algo que me haya importado”*).

No señala datos de interés en relación a su trayectoria académica, habiendo completado estudios de graduado escolar, manifestando recuerdos desagradables respecto a compañeros y profesorado (*“estuve en un colegio de curas muy represivo, los maestros me pegaban y empecé a aislarme y ser más introvertido, pensaba que la gente se reía de mí”*).

Informa no haber realizado la prestación del Servicio Militar (*“me libré porque tenía un soplo cardiaco”*). A nivel laboral, D. FJ refiere trabajar en los almacenes de un centro comercial desde 1974, informando haber tenido diversas

bajas por problemas mentales (*“con los compañeros me llevaba bien al principio, pero luego me dejaban solo y se reían de mí y prefería estar solo [...] no me gusta trabajar con personas, pero tengo que hacerlo porque necesito el dinero”*).

No informa sobre antecedentes psicopatológicos personales y/o familiares de relevancia ni sobre tratamientos psicofarmacológicos o psicoterapéuticos al respecto al margen de los ya señalados (*“sigo yendo a salud mental cada tres o cuatro meses”*); asimismo no informa sobre hábitos tóxicos significativos ni en la actualidad ni durante su vida.

Por último, destacar que el explorado considera no haber sufrido ningún tipo de acontecimiento traumático a lo largo de su evolución psicobiográfica, destacando únicamente, en sentido negativo, el fallecimiento de su padre.

Exploración psicopatológica y resultados de las pruebas administradas

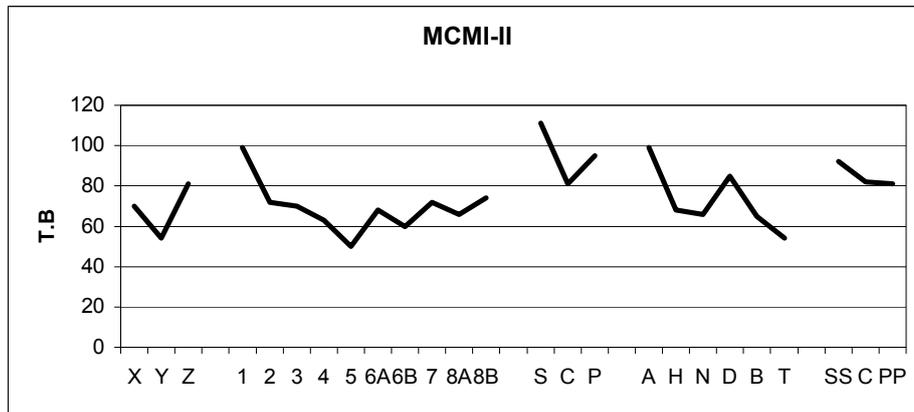
D. FJ acude a la exploración mostrando actitud defensiva y suspicaz, estableciendo una relación distante y poco colaboradora con los evaluadores desde el inicio. Se expresa con adecuado lenguaje, presentándose como un sujeto introvertido, solitario y preocupado por su incapacidad por administrar su dinero, realizando un discurso espontáneo, coherente y pobremente detallado, con tono emocional estable, aunque mostrando resonancia emocional a la hora de abordar el fallecimiento de su padre. Asimismo, D. FJ considera positivo que le incapaciten atendiendo a sus circunstancias personales (*“creo que es lo mejor para mí [...] este problema empezó hace unos años, empecé a gastar mucho dinero en cosas que no necesitaba y me gastaba lo que tenía ahorrado [...] compraba muchas cosas caras como ropa, zapatos, plumas estilográficas, agendas electrónicas, móviles y relojes, siempre lo hacía a escondidas, pero mi madre se dio cuenta porque un día vino a limpiar a mi piso y allí descubrió el armario donde guardaba todo lo que compraba y tuve que contar lo que me pasaba”*), de hecho, D. FJ se autodefine como un comprador compulsivo, reconociendo que ha podido llegar a gastar hasta aproximadamente 4.000 € en un día, aunque reconociendo que con posterioridad a las compras realizadas puede permanecer varias semanas sin comprar (*“si no compro no es porque no quiera, es porque no veo nada que me guste o porque no tengo dinero [...] si me siento mal suelo comprar y así me noto más aliviado, no puedo evitarlo”*), señalando que su última compra significativa tuvo lugar veinte días antes de ser reconocido por los firmantes del presente (*“me gasté más de 600 € en un móvil [...] me doy cuenta de que cada vez compro cosas más caras”*).

Según documentación examinada, D. FJ continúa recibiendo tratamiento psicofarmacológico, señalando encontrarse asintomático en cuanto a su sintomatología psicótica anteriormente descrita (“*siendo adolescente empecé a sospechar de la gente y me volví muy desconfiado, sentía que se reían de mi y por eso me enfrentaba con la gente [...] desde que estoy con tratamiento ya no me pasa eso, pero sí me empezó a suceder lo de las compras*”).

Al momento de la exploración, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, presentando un estado mental con curso del pensamiento intacto y contenido inalterado. Comprende el motivo y alcance de la evaluación, evidenciándose un nivel sociocultural medio y adecuada capacidad intelectual según impresión clínica (valoración coincidente con la puntuación obtenida en el TONI-2 de un cociente intelectual estimado de 85 puntos correspondiente a un nivel “medio-bajo”).

Por otra parte, de la evaluación técnica practicada cabe destacar la ausencia de déficit cognitivos en el peritado (MMSE 30/30), mientras que respecto a las prueba de integración visoperceptiva (Test de Bender) se debe señalar que las nueve figuras administradas fueron reproducidas correctamente en términos generales, no apreciándose indicadores de deficiencias perceptuales o integraciones visomotoras que denoten patología orgánica, mientras que en cuanto al estilo de ejecución se detectó reproducción minuciosa así como trazo tembloroso compatible con el tratamiento farmacológico que sigue, siendo su estilo de respuesta de tipo obsesivo.

En cuanto a la evaluación psicométrica realizada (MCMI-II), la cual resulta válida e interpretable y denota un estilo de respuesta hacia la desvalorización ($Z=81$), se aprecia una elevada puntuación en la escala “delirios psicóticos” (TB=81) que resulta propia de sujetos beligerantes que llegan a experimentar delirios irracionales, trastornos del pensamiento, estado de ánimo habitualmente hostil, sentimientos de maltrato y suspicacia y desconfianza hacia el entorno, así como en la escala de “pensamiento psicótico” (TB=92) que describe a un sujeto como importantes comportamientos desorganizados. Asimismo, se objetiva la presencia de sintomatología de tipo ansioso-depresivo (Ansiedad=99, Distimia=85, Depresión mayor=82) y numerosas quejas somáticas (Somatizaciones=81). Por otra parte, se evidencian la presencia de diversos rasgos caracterológicos de interés de tipo esquizotípico (TB=111), esquizoide (TB=99), paranoide (TB=95) y límite (TB=81) que describen a un individuo con una pobre expresión emocional y con significativo malestar ante las relaciones interpersonales, llegando a poder presentar distorsiones cognitivas y comportamientos extraños, con incapacidad para resolver sus conflictos personales, desconfiado y suspicaz hacia el entorno e inestable emocionalmente, configurando todo ello y teniendo en cuenta al evolución psicobiográfica del explorado un trastorno de la personalidad.

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

Atendiendo a la valoración practicada en su globalidad, se debe señalar que el estado psicopatológico de D. JF es compatible con la presencia de un trastorno de control de impulsos configurado sobre la base de una desestructurada personalidad en la que destacan diversos rasgos anómalos.

Análisis funcional de la conducta problema (compra compulsiva)

El análisis funcional es una técnica que permite describir de una forma sistematizada las conductas problemáticas con carácter psicopatológico, así como sus desencadenantes y consecuencias (Graña, Peña y Tejero, 2002).

- **Antecedentes**

En términos situacionales y contextuales se debe señalar que el peritado ha descrito un descontrol de impulsos relacionado con la compra compulsiva de productos de significativo valor a los que luego no da uso. Dichas compras se producen siempre y cuando D. FJ disponga de liquidez económica (ya sea por haber cobrado su nómina o por haberle sido concedido algún préstamo bancario) y presente sentimientos depresivos y de pobre autoestima encontrándose solo en su domicilio, momento en el que decide salir a la calle “*para dar una vuelta*” y termina comprando diversos objetos “*para sentirme mejor*”.

- **Conductas**

A nivel motor el explorado en los momentos en los que peor se encuentra es cuando decide salir a la calle, iniciando un camino determinado por las calles comerciales de la ciudad donde reside y deteniéndose en todos los escaparates que muestran objetos que le resultan atractivos (p. ej., ropa, zapatos, relojes, aparatos tecnológicos) (“*me relaja el ver cosas de esas, me encapricho de ellas y tengo que comprarlas porque me siento mejor conmigo mismo*”).

A nivel cognitivo el peritado describe pensamientos de devaluación hacia si mismo antes de iniciar su patrón de consumo, pensamientos que refiere disminuir en el momento en el que empieza a mirar escaparates y sobre todo cuando compra alguno de los productos que le haya resultado más atractivo (“*a veces en casa me deprimó y por eso me voy a la calle para ver cosas que me gusten y comprarlas para animarme*”).

A nivel fisiológico D. JF señala que a medida que se acerca a la zona comercial que frecuenta comienza a sentir una sensación de bienestar, sensación que aumenta a medida que selecciona los productos que va a adquirir (“*cuando veo algo que me gusta y lo voy a comprar me siento mejor, más tranquilo*”).

- **Consecuencias**

La prolongación de una situación como la descrita provoca un importante endeudamiento en el peritado, además de facilitar la aparición de sentimientos de culpabilidad que inciden en su ánimo depresivo cuando se encuentra solo en su casa y que por lo tanto facilitan nuevamente la ejecución de compras compulsivas orientadas a mitigar su malestar.

Impresión diagnóstica

La impresión diagnóstica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV-TR (APA, 2002), donde es propuesto un diagnóstico multiaxial:

EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS:

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado (compra compulsiva) [312.30]

EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (predominio de rasgos caracterológicos de tipo esquizoide, paranoide y esquizotípico) [301.9]

EJE III: ENFERMEDADES MÉDICAS: -

- EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES:
Problemas relativos al ambiente social
Problemas económicos
- EJE V: EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG):
Alteración grave de la actividad social (41-50)

Discusión forense

Sobre la estructura de personalidad detectada en el peritado

Atendiendo a la evaluación realizada, podemos señalar que D. FJ presenta un F60.9 trastorno de la personalidad no especificado [301.9], predominando en dicho trastorno la presencia de rasgos caracterológicos del grupo A (esquizoide, paranoide y esquizotípico). Esta categoría diagnóstica se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad («personalidad mixta»), pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo (p. ej., social) (APA, 2002).

Los rasgos detectados en el peritado en su estructura de personalidad de base describen a un sujeto desconfiado y suspicaz (rasgos paranoides), con una pobre expresividad emocional y sin necesidad de establecer relaciones sociales (rasgos esquizoides) y con un patrón de malestar intenso ante las relaciones interpersonales (rasgos esquizotípicos) (APA, 2002; Millon, 2000; Phillips y Gunderson, 1996). Además, se debe señalar que los rasgos esquizotípicos de la personalidad detectados en D. JF pueden implicar distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades en el comportamiento, tal y como ocurre en el peritado atendiendo a sus antecedentes documentados de descompensación psicopatológica.

Sobre el problema de compra compulsiva descrito en D. JF

D. JF presenta un trastorno de control de impulsos cuya característica esencial es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para sí mismo o para los demás, en este caso de tipo de compra compulsiva. Ante este tipo de alteración, el sujeto percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo,

pudiendo existir o no tras el acto arrepentimiento, autorreproches o sentimientos de culpa (APA, 2002; Wise y Tierney, 1996).

Se ha definido la compra compulsiva como la compra crónica y repetitiva que se convierte en la respuesta primaria a los acontecimientos o emociones negativas y que se vuelve muy difícil de detener, resultando finalmente en diversas consecuencias nocivas, quedando este tipo de trastorno relegado a la categoría residual de trastorno del control de los impulsos no especificado cuya etiología, siendo su etiología desconocida (Black, 1998; Christenson, 1994; De la Gándara, 2001). En el caso del peritado su descontrol afecta a lo referido a su impulso de comprar, situación que está incidiendo negativamente en su economía, de hecho el trastorno de compras compulsivas (TCC) se caracteriza por un exceso de preocupaciones relacionadas con las compras y por la realización de compras excesivas, acompañados de malestar o dificultades.

Según McElroy, Keck y Philips (1995) los criterios diagnósticos de la compra compulsiva son:

- A. Preocupación desadaptativa por comprar, o compra desadaptativa o impulsos o conducta de compra, manifestado por al menos uno de los siguientes criterios:
 1. Preocupación frecuente por comprar o impulsos de compra que se experimentan como irresistibles, intrusos y/o insensatos.
 2. Frecuentes compras de más de lo que uno puede permitirse, frecuentes compras de artículos innecesarios, o compras durante periodos más largos de lo planificado.
- B. Las preocupaciones, impulsos o conductas de compra causan notable aflicción, consumen mucho tiempo, interfieren significativamente con el funcionamiento social u ocupacional, o conllevan problemas financieros (por ejemplo deudas o quiebra).
- C. La compra excesiva no ocurre exclusivamente durante periodos de hipomanía o manía.

Por todo ello, se puede señalar que el explorado presenta un F63.9 trastorno del control de los impulsos no especificado [312.30], categoría reservada para los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico del control de los impulsos o para otro trastorno mental descrito en otras secciones, con síntomas relacionados con el control de los impulsos (i.e. trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía) (APA, 2002).

Atendiendo a lo ya señalado y teniendo en cuenta que el concepto de prodigalidad se refiere al desperdicio de la propia hacienda, al gasto excesivo y a

la conducta desordenada del que de forma habitual disipa su patrimonio y considerando además como imprescindible que el sujeto prodigo presente un gasto excesivo/desproporcionado (elemento cuantitativo), un gasto inútil/injustificado (elemento cualitativo) y un gasto habitual (elemento cronológico) (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000), características todas ellas presentes en el caso valorado, se considera conveniente el establecimiento de una curatela sobre los bienes del peritado para así protegerle frente a sus momentos de descompensación psicopatológica.

Conclusiones

Los peritos psicólogos firmantes del presente informe han redactado su contenido con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SSª y al Tribunal que corresponda, son emitidas las siguientes conclusiones:

ÚNICA: El explorado, D. JF, presenta un trastorno del control de los impulsos conocido en la literatura científica como trastorno de compra compulsiva, suponiendo el mismo un significativo déficit respecto a sus habilidades funcionales de tipo económico-administrativo. Dicho cuadro psicopatológico resulta establecido sobre una estructura de personalidad de base de carácter patológico con predominio de rasgos de tipo esquizoide, esquizotípico y paranoide que configuran un trastorno de la personalidad no especificado, anomalía que constituye una significativa vulnerabilidad para el sujeto. Por todo ello, y considerando los antecedentes de D. JF, se considera conveniente por parte de los peritos firmantes del presente el establecimiento de una opción de curatela sobre los bienes patrimoniales del peritado para poder protegerle frente a sus momentos de descompensación psicopatológica. Asimismo, se recomienda que D. JF continúe recibiendo seguimiento y tratamiento especializado desde los servicios de salud mental correspondientes.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a (día) de (mes) de (año)

Referencias

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Bender, L. (2005). *BG. Test gestáltico visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Black, D. W. (1996). Compulsive buying: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (8), 50-54.
- Brown, L. et al. (2000). *TONI-2. Test de inteligencia no verbal*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Christenson, G. A. (1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of clinical psychiatry*, 55 (1), 5-11.
- De la Gándara, J. J. (2001). MMPI-2 profiles of workers compensation claimants who present with claimant of harassment. *Psiquiatría y atención primaria*, 2 (3), 5-9.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Folstein, M. F. et al. (2002). *MMSE. Examen cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Graña, J. L., Peña, M. E. y Tejero, R. (2002). Informe pericial: Un caso de estrés laboral. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2 (1), 117-139.
- McElroy, S. L., Keck, P. E. y Philips, A. (1995). Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (4), 14-26.
- Millon, T. (1997). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Millon, T. (2000). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Phillips, K. A. y J. G. Gunderson (1996). Trastornos de la personalidad. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Wise, M. G. y Tierney, J. G. (1996). Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.